



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
Facultad de Medicina

Informe Final de investigación

Para optar al título de Médico y Cirujano

“COMPORTAMIENTO DE LOS RESULTADOS CITO HISTOLÓGICO
CERVICO UTERINO EN MUJERES ATENDIDAS EN EL CENTRO DE
SALUD DE WAPI. EL RAMA. ENERO A OCTUBRE 2017.”

Autores:

Br. David Lisandro Báez Alvarado.

Br. Gabriela Ninoska Huete Briceño.

Tutor:

Dr. Aldo Chow How.

Médico Ginecobstetra.

Asesor Metodológico:

Dr. Eladio Meléndez. MSSR.

Responsable Dpto. de Epidemiología.

HAJN Granada.

Wapi 2017.

AGRADECIMIENTO

A Dios, ser Todopoderoso, por darnos la vida y ser la luz radiante que ilumina nuestro sendero, el que nos brinda sabiduría y aleja de la ignorancia.

A mi tutor, Dr Aldo Chow How por su dedicación, iniciativa paciencia, comprensión, interés y apoyo que me brindó durante el proceso de nuestro estudio.

Al Dr. Eladio Meléndez por su iniciativa y apoyo incondicional en la realización de este estudio y la facilitación y docencia impartida con el fin de mejorar tanto mis conocimientos como la validez e importancia de esta investigación.

A las autoridades y personal del Silais Zelaya central por haberme brindado su tiempo y la información requerida para la realización de este estudio.

DEDICATORIA

A Dios todo poderoso quien nos ha dado la gracia de vivir, por ser el principal elemento que nos proporciona fuente de sabiduría y entendimiento para seguir adelante cada día, en cada acontecer, por darnos las fuerzas para lograr terminar nuestras metas y porque nos ayuda a superar cada obstáculo que se nos presenta.

A mis Padres por ser mis amigos, confidentes y mis mayores ejemplos a seguir dando cada minuto, cada día a pesar de tantos impedimentos y enfermedades siempre estarán para hacer de mí un hombre de bien y que sea útil a la sociedad y a mi familia.

A Nuestro hijo quien es nuestro motor a seguir adelante para unir esfuerzo y darle una mejor educación.

OPINION DEL TUTOR

El cáncer cervico uterino es una de la patología Ginecológicas de mayor incidencia en la mujer nicaragüense el cual es prevenible al realizar los tamizaje correspondiente de manera oportuna.

El Papanicolaou es la herramienta más factible en nuestro medio para la detección de lesiones pre malignas de cervi y así poder determinar las medidas terapéuticas más adecuada para prevenir la aparición del cáncer.

El presente estudio se realizó con el objetivo de evaluar la cobertura de toma de Papanicolaou en el sector de Wapi el cual es el segundo poblado más grande del municipio de El Rama, y que cuenta con una gran población femenina.

La importancia del presente estudio radica en que por primera vez en el municipio de El Rama se hace un análisis de comportamiento de los resultados de Papanicolaou y los resultados obtenidos el cual contribuirá a que los autoridades competente tenga una mejor visión de la situación actual de estos pacientes y así poder tomar medidas correspondiente para mejorar la calidad en la atención de estos pacientes y prevenir muerte por CACU.

Quiero felicitar al Dr. David L Báez Alvarado y a la Dra. Gabriela N Huete Briseño por la iniciativa y el interés en hacer este estudio pues debe de ser prioridad para todos los que laboran en el ministerio de salud reducir la mortalidad por CACU.

DR Aldo Chow How

Medico Ginecobstetra

RESUMEN

El cáncer, sigue siendo un desafío para la ciencia médica y para los organismos de salud. La Neoplasia del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácilmente diagnosticable y hasta el más prevenible de todos los cánceres. En Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia en relación a la región es más grave, donde las tasas de incidencia son superiores a 35 por 100.000 MEF. Siendo Nicaragua el que tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cérvicouterino en América Latina más alta, solo es superada por Haití.

Es necesario que los programas de detección masiva oportuna de lesiones pre malignas mejoren permitiendo ser programas atractivos, demostrando que la intervención de un buen programa evidencie reducciones demostrables por la calidad y eficiencia del servicio brindado a la población. Las limitaciones de los establecimientos de diagnóstico y la tendencia a que estos servicios no llegan a las mujeres de limitados recursos, como son en la comunidad como Wapi. El Rama, generan el desconocimiento de verdaderas prevalencias de dicha enfermedad. Con este estudio se quiere determinar el comportamiento de los resultados cito histológico cervico uterinos en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Wapi, El Rama entre el periodo enero a octubre 2017.

Fue estudio descriptivo de corte transversal con una muestra de 190 mujeres que se realizaron el Papanicolaou y en algunos casos biopsia, los indicadores a investigados fueron los mismo del reporte que hace el ministerio de salud que son características generales de las pacientes, Antecedentes Ginecobstetricia, Hallazgo Clínico y reporte de la lectura que concluye con el diagnóstico definitivo. Los datos fueron procesados y analizado en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS versión 21.0, para Windows. Se hicieron tablas de frecuencia que permitió, identificar datos de interés para hacer cruces de variable importante.

Los resultados demuestran que el grupo de edad de 20 a 29 años con 34.2% son quienes más se realizan el PAPS, el 67.4% son procedentes del área urbana de Wapi, el nivel académico

47.9% era primaria y estaban acompañadas como estado civil el 58.4% de las mujeres. El 92.1% de estas mujeres eran ama de casa y el 98.9% no refirieron hábito toxico. El 1.6% de todas las mujeres evidenciaron atipias escamosas de significado indeterminado, y en los casos que las mujeres que tenían lesiones intraepitelial de bajo y alto grado. El 10.0% tenían NIC1, el NIC2 en 5.8% y 2.6% tienen NIC3 y se identificó que 81.6% no tenían ninguna lesión. Otro hallazgo importante fue encontrar que el 11.6% tuvieron presencia de del Virus de Papiloma Humano.

Se observa que 22.8% de las mujeres que tenían un nivel de escolaridad primaria presentaban NIC1 y el 8.5% tenían NIC3. El 31.4% de este mismo grupo tenían la presencia de VPH. De las 35 mujeres con algún grado de lesión se encontró VPH en 17.1% y 45.7% de las mujeres que señalaron estado civil casada y acompañada respectivamente y en este último grupo el 42.8% tenían NIC1 mientras que 8.5% de las casadas presentaban NIC3. Las amas de casa eran las más afectadas con NIC1 NIC2 y NIC3 que correspondió al 54.2%, 28.5% y 14.2% según datos de los expedientes.

Conclusión: Las mujeres de Wapi según los resultados identificado demuestran una tendencia a presentar en edades temprana e incluso adolescente L-LIE y H-LIE de cérvix, casi un cuarto de la población estudiada tenía algún tipo lesión.

CONTENIDO

<u>I.</u>	<u>INTRODUCCION</u>	9
<u>II.</u>	<u>ANTECEDENTES</u>	11
<u>III.</u>	<u>JUSTIFICACION</u>	18
<u>IV.</u>	<u>PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA</u>	19
<u>V.</u>	<u>OBJETIVOS</u>	20
	<u>Objetivos General</u>	20
	<u>Objetivos Específico</u>	20
<u>VI.</u>	<u>MARCO TEORICO</u>	21
	<u>Anatomía del cérvix</u>	21
	<u>Causa etiológica y conceptualización</u>	22
	<u>Epidemiología</u>	25
	<u>Posibles causas de Cáncer Cérvicouterino</u>	27
	<u>Evolución natural de las lesiones</u>	28
	<u>Factores de riesgo:</u>	29
	<u>Signos y síntomas del cáncer Cérvicouterino</u>	37
	<u>Otras características clínicas de las NIC</u>	39
	<u>Pronóstico</u>	40
	<u>Embarazo y citología cervical</u>	42
	<u>Interpretación de los resultados de la Citología Cervical</u>	43
	<u>Factores psicosociales relacionados al Papanicolaou</u>	44
<u>VII.</u>	<u>DISEÑO METODOLOGICO</u>	46
	<u>7.1. Tipo de estudio:</u>	46
	<u>7.2. Población de estudio:</u>	46
	<u>7.3. Universo</u>	46
	<u>7.4. Muestra</u>	47
	<u>7.5. Operacionalización de las variables</u>	51
	<u>7.6. Técnica y Procedimiento</u>	52
	<u>7.7. Procesamiento de la información</u>	52
	<u>7.8. Cruce de variables</u>	52

7.9. <u>Aspecto Éticos</u>	53
<u>VIII. RESULTADOS</u>	54
<u>IX. DISCUSIÓN</u>	57
<u>X. CONCLUSIONES</u>	61
<u>XI. RECOMENDACIONES</u>	62
<u>XII. BIBLIOGRAFIA</u>	64
<u>XIII. ANEXOS</u>	68
<p>Anexo 1. Instrumento de recolección de la información.</p> <p>Anexos 2. Tabla de resultados.</p> <p>Anexos 3. Gráficos de resultados.</p>	

I. INTRODUCCION

El cáncer, sigue siendo un desafío para la ciencia médica y para los organismos de salud. La Neoplasia del cuello uterino tiene importancia médica, socioeconómica y humana; es el más curable, más fácilmente diagnosticable y hasta el más prevenible de todos los cánceres.

En América Latina hay registros anuales de 30.000 defunciones debido a neoplasia cervical uterina. (Morá Vega, y otros, 2011). Las cifras han llegado a más de 83.000 mujeres diagnosticada, se mantiene tendencias a aumentar estas cifras en las Américas hasta un 45.0% en el 2030. Se sabe que en la región de América Latina y el Caribe la tasa de mortalidad es 3 veces más alto que en Norteamérica. (OPS - OMS, 2016).

Se reconoce que en Nicaragua, Honduras, El Salvador y Bolivia en relación a la región es más grave, donde las tasas de incidencia son superiores a 35 por 100.000 MEF. Siendo Nicaragua el que tiene la tasa general de mortalidad por cáncer Cérvicouterino en América Latina más alta, solo es superada por Haití, esto es producto de una compleja epidemiología del subdesarrollo, siendo la primera causa de morbilidad en la mujer nicaragüense. (Almonte, Murillo, Sánchez, & Salmerón, 2010).

Esta neoplasia cervical continúa siendo un problema de salud de importancia creciente. Tarea fundamental es la detección precoz de la misma. Se estima que la mujer en la edad reproductiva, sobre todo de 35 a 55 años contrae un cáncer del cuello uterino precedido durante meses o años de una lesión Premaligna in situ que podría ser detectada y tratada oportunamente para evitar el desarrollo del cáncer invasor o metastásico. (MINSA - Nicaragua, 2006)

En el municipio de Wapi, del Rama, RACCS; entre el año 2004 al 2011, esta zona del país estaba en noveno lugar a nivel nacional de defunción por cáncer cérvico uterino con tasa de 15.8 x 100.000MEF también es una de las localidades con alto número de cobertura de PAPS, con 46.0% según cifras de la OPS regional. (Cajina, 2012).

Las cifras con tendencia a ser cada vez mayores son evidentes a pesar de las acciones dirigidas a la prevención y el control de la enfermedad como plan estratégico nacional, este fenómeno es el reflejo de la búsqueda activa, con la diferencia a la reducción debido a la mayor anuencia de la desmitificación a la realización del PAPS. Al observarse que, como país, es uno de los que tiene mayores cifras a nivel Centro Americano, las evaluaciones sistemáticas del comportamiento de esta enfermedad son necesaria, ya que las estrategias existentes resultan poco satisfactorias, debido a que se detecta mayor número de mujeres afectadas y mayor número de mortalidad, este último elemento, debería ser lo contrario. Dicho comportamiento puede ser el reflejo de un análisis poco integrar de los resultados de los indicadores del programa e ineficientes planes estratégico oportuno, para el seguimiento una vez detectado el cáncer cervical uterino.

La localidad de Wapi es la sub zona 3 de municipio, El Rama, ubicado a 32 Km. al noroeste de esta ciudad, es un centro poblacional de gran importancia en términos productivos, en estos momentos por el desarrollo del cultivo de Palma Africana. Tiene una densidad poblacional urbana y rural de 2,500 habitantes, según censo municipal. (Instituto Nacional de Información de Desarrollo, 2008). Cuenta con solo una unidad asistencia para toda la localidad, en este centro de salud atienden 5 médicos; dos son permanente y los otros 3 que son servicio social, realizan solo turnos de 6:00pm a 7:00am, otros recursos son dos enfermeras entre todos ellos realzar los PAPS a las mujeres que llegan por demanda espontánea y dependiendo de los resultados son remitidos al médico ginecoobstetra que se encuentra de permanencia en la ciudad Rama, y este dependiendo del resultado de biopsia de la pacientes la refiere al hospital de Juigalpa o al hospital Bertha Calderón de Managua.

II. ANTECEDENTES

A nivel internacional

Se realizó un estudio retrospectivo, descriptivo y transversal en el municipio Zamora del Estado Miranda, México en los meses de noviembre del 2004 – agosto 2006, con el objetivo de caracterizar factores de riesgos en pacientes con citología positiva como: edad de las pacientes, edad de inicio de las primeras relaciones sexuales, paridad, uso de métodos anticonceptivos, infecciones vaginales, estadios de la enfermedad y síntomas presentes en las pacientes estudiadas. El universo y la muestra estuvieron representados por 53 pacientes con citología positiva. Para la obtención de los datos se utilizó la tarjeta control modelo 68-04 y la historia clínica individual.

Se encontró que el mayor número de casos positivos correspondió a la neoplasia intraepitelial cervical (NIC) II, el grupo de edad de 30 a 39 años fue el más afectado, el inicio de las relaciones sexuales entre los 15 y 17 años, la multiparidad y las infecciones vaginales de transmisión sexual constituyeron los factores de riesgos que más incidieron en pacientes con citologías positivas. (Zúñiga Rodríguez., González Martínez., & Gandul Salabarría, 2008).

Se realizó un estudio observacional, descriptivo, de series de casos sobre el comportamiento de los factores asociados a citologías alteradas del Policlínico Universitario de la Familia “René Ávila Reyes”, del Municipio Holguín, Habana Cuba durante el período enero-diciembre 2006. El universo lo constituyó 1.510 pacientes pesquisadas durante la realización del examen citológico cervical y la muestra fue de 56 mujeres con citologías alteradas.

La información se obtuvo mediante la revisión de las historias clínicas individuales y familiares, el libro de control de citologías, las tarjetas de citologías y se aplicó una entrevista a estas pacientes en función de los objetivos.

El diagnóstico cito histológico en todas las variables estudiadas coincidió que el NIC II (Neoplasia Intraepitelial Cervical grado II) o Displasia Moderada como la más frecuente. Las edades de predominio de citologías alteradas fueron las del grupo 35 a 44 años, donde el comienzo de las relaciones sexuales correspondió a las edades de hasta 20 años y con dos parejas sexuales. La paridad, el hábito de fumar y la cervicitis constituyeron los factores asociados de más alta incidencia. Existió un marcado criterio categorizado como correcto respecto al objetivo de la realización de la citología orgánica por las pacientes. (Zúñiga Rodríguez., González Martínez, Ochoa Roca., & Gandul Salabarría, 2009).

Determinar el comportamiento de las lesiones intraepiteliales cervicales de alto grado fue el objetivo de un estudio realizado por Alina Moré Vega, fue una investigación cuantitativa y cualitativa de tipo descriptivo transversal de las pacientes atendidas en la consulta de patología de cuello del Hospital Universitario "Mártires del 9 de abril" de Sagua la Grande, Villa Clara, Cuba en el período comprendido entre enero y diciembre de 2011.

El universo estuvo constituido por 158 mujeres que asistieron a consulta con citología alterada, la muestra fue de 70 mujeres con diagnóstico de lesión de alto grado. Se revisaron las historias clínicas, tarjetas de citodiagnóstico y se entrevistaron las pacientes.

Los resultados determinados son: la edad más frecuente fue 25-44 años. El 67,1% inició su vida sexual entre los 16 y 20 años. Existió una relación directa entre la infección por el VPH y la aparición de las lesiones intraepiteliales cervicales, dado que en 53 pacientes (72,6%) existió el hallazgo citológico del VPH. Hubo una correspondencia adecuada entre los resultados de la biopsia por ponchamiento y la biopsia por cono. En cuanto al tratamiento definitivo, a 53 pacientes se les realizó cono por bisturí frío y solo a 9 histerectomía total.

En relación con el diagnóstico definitivo de las pacientes estudiadas se apreció que las neoplasias intraepiteliales de alto grado fueron las entidades histológicas más encontradas con más de un 70.0%, de ellas la más representativa el carcinoma in situ con un 29.1%,

seguidas por las lesiones escamosas intraepiteliales de bajo grado (LIEBG) con cerca de un 14.0%, las cervicitis crónicas aportaron un 9,7% de las pacientes y finalmente el carcinoma micro infiltrante el 5.8% se determinó en las mujeres estudiadas. (Moré Vega, y otros, 2013).

Un estudio para identificar factores socioculturales asociados a la presencia de lesiones Pre neoplásicas en mujeres residentes en el municipio de Boyacá, Colombia con predominio rural fue el objetivo de un estudio observacional analítico, retrospectivo de casos y controles de un registro institucional, mediante muestreo aleatorio secuencial, se seleccionó una muestra de 168 mujeres: 42 casos y 126 controles, apareadas por edad y estrato socioeconómico, a quienes mediante encuesta se evaluaron los antecedentes y los factores familiares y culturales, posiblemente asociados a la presencia de lesiones Pre neoplásicas en la citología vaginal. Los resultados identificados: según el rango de edad entre 16 y 71 años; promedio de edad 42.2 años (sd = 14,57 años); el 79,2% se encontraba con pareja estable; el 90,0% cursó educación primaria o menos; el 11,3% fumaba; la edad promedio de menarquia fue de 13,8 años (sd = 1,38) y el 17,9% la presentó a los 12 años o antes.

Todas las mujeres encuestadas han tenido al menos una gestación y el 66,1% ha tenido 3 o más. La edad media de la primera gestación es de 19,7 años (sd = 3,45) y el rango de edad de la primera gestación oscila entre los 15 y 29 años. En el 35,7% de los casos el primer embarazo ocurrió antes de los 18 años. El 31,5% de las mujeres estudiadas tiene antecedente familiar de cáncer.

Los siguientes factores se encontraron significativamente asociados con la presencia de lesión Preneoplásica en la citología vaginal: historia de dos o más parejas sexuales (OR= 85,0); primer embarazo antes de los 18 años (OR = 40,0); antecedente familiar de cáncer (OR = 23,9); consumo de cigarrillo (OR = 12,1); inicio sexual antes de los 17 años (OR= 11,8); consumo de bebidas alcohólicas (OR= 10,8); antecedente de infecciones vaginales

(OR = 10,1); 3 o más gestaciones (OR= 5,2); ningún grado de escolaridad (OR= 3,49); antecedente de aborto (OR = 2,87). (Cifuentes, Manrique Abril, & Ospina Díaz, 2014)

A Nivel Nacional

Se trata de un estudio de tipo descriptivo, transversal y retrospectivo, en donde se incluyeron un total de 412 pacientes en el Hospital Bertha Calderón Roque de Managua. Se estudió el comportamiento de las lesiones pre invasivas de cérvix en las pacientes que acudieron a consulta externa del servicio de ginecología en el periodo comprendido del 1ro de enero del año 2008 al 1ro de enero del año 2010. Los resultados encontrados; En relación al grupo etáreo más frecuente fue el de 15-34 años que represento el 54.9%, el 74.5% de las pacientes eran de procedencia urbana, el 41% tenían preparación académica media y el 60.9% eran amas de casa. El 83% inicio su vida sexual antes de los 15 años. La lesión pre-invasiva de cérvix más frecuentemente encontrada fue la lesión intraepitelial de bajo grado.

El Papanicolaou fue el método de seguimiento citológico más frecuentemente utilizado. El diagnostico de lesión pre-invasiva de cérvix se realizó por medio de biopsia dirigida por colposcopia por punch. El tratamiento de elección para las pacientes con lesión de bajo grado fue la crioterapia y para las pacientes con lesión intraepitelial de alto grado fue el asa térmica o LEEP. (Avilés, 2010).

Determinar las diferentes alteraciones Cérvico vaginales mediante citología y relacionarlas con los diferentes genotipos del Virus del Papiloma Humano fue el objetivo de un estudio realizado en el Centros de Salud: Perla María Nororí, Sutiava, Centro Mantica Berio, Puesto de salud Primero de Mayo y el HEODRA de la ciudad de León, de donde se reclutaron a las pacientes y se tomaron las muestras cervicales divididas con Escobillado para la evaluación citológica (PAP) y para la determinación del VPH. Se incluyeron un

total de 457 mujeres entre las edades de 15 a 77 años que fueron estudiadas de manera aleatoria en los diferentes grupos de edad. El estudio fue descriptivo durante el período de abril 2009 - abril 2010.

Los diagnósticos citológicos encontrados en los reportes de citología Cérvico vaginal convencional en el HEODRA del total de población estudiada fueron: en su mayoría la Inflamación Moderada con 39.6% (131/457), seguido de Inflamación Severa con 28.7%(181/457), Atipia escamosa con inflamación severa 14.4%(66/457), Inflamación Leve 12.5% (57/457), Infección por VPH con inflamación severa 4%(18/457) y un 0.9%(4/457) de las muestras fueron inadecuadas. Al examinar a las pacientes los signos encontrados fueron: Cuello uterino normal 63.2%(289/457), Flujo vaginal anormal 61.3%(280/457), Verruga genital 48.1%(220/457), Cuello uterino con lesiones 20%(92/457).

Al realizar la identificación del VPH mediante las técnicas de PCR e Hibridización se encontró que, de un total de 457 muestras, el porcentaje de infección fue de un 26%(119/457) el 74%(338/457) de dichas muestras fueron negativas. Se identificaron 24 tipos diferentes de VPH dentro de los cuales fueron:16,18, 31,33, 35,39,45, 51, 52, 56,58,59,68,73 de alto riesgo y los de bajo riesgo: 6,34,40,43,44,53,54,66,70,74. El genotipo de VPH que se encontró con mayor frecuencia fue: el tipo 16 con 11.4%, seguido del 31 y el 52 con un 9%. Se encontraron infecciones mixtas por dos o más tipos de VPH en un 20.8% de los casos. (Chévez, 2012)

Estudio realizado en el Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada sobre la evaluación del comportamiento de la Citología Cérvicouterino realizadas en mujeres atendidas en Ginecología y Patología en el periodo de enero 2009 a diciembre 2011. Fue un estudio descriptivo retrospectivo de corte transversal incluyendo a mujeres mayores de 14 años, a través de un muestreo probabilístico de 20.356 mujeres del departamento, donde se incluyeron 378 mujeres que se realizaron el PAPS durante el periodo de estudio.

Los resultados encontrados demuestran; el 34.9% de las pacientes tenían entre 20 a 29 años, seguido de las que tenían 30 a 39 años con el 32.8% respectivamente, el 39.9% eran procedentes del municipio de Granada, los antecedentes Ginecobstetricos que se evidenciaban en los registros el 37.3% de las mujeres tenían entre 1 a 2 embarazos y el 40.7% el mismo número de partos, el 76.5% no refería ningún aborto, de las que tenían 1 a 2 cesárea fue el 18.3% respectivamente. Se logró evidenciar que el 51.9% era primera vez que se realizaban un Papanicolaou. El 59.8% presentaba inflamación, pero el 77.3% el tipo de secreción era normal. De las 378 muestra investigadas 2.3% y el 1.1% presentaron lesión intraepitelial de bajo grado entre las edades de 20 a 29 años y de 30 a 39 años, respectivamente. (García., 2012)

Estudio realizado para conocer las alteraciones en los reportes de la citología cervical de usuarias atendidas en el puesto de salud Alfonso González entre julio y diciembre del 2014. Localizado al noroeste de la ciudad de Managua, a la altura del kilómetro 17 ½ carretera a la laguna de Xiloa en la comarca “Los Castro”, brinda atención en salud a una población de 2170 habitantes, Fue un estudio, descriptivo, retrospectivo, el universo y la muestra corresponde a 93 reportes de citologías obtenidos en el segundo semestre 2014, el muestreo fue no probabilístico, por conveniencia. Los resultados demuestran que el 91.4% (85) de las usuarias tenían entre 15 y 45 años, el 87% eran amas de casa, el 89.2% iniciaron vida sexual activa entre los 10 y 20 años, solo el 38.7% se habían realizado citología cervical anteriormente y un 26.9% no reportaban este dato.

El 97.8% fueron negativos de lesión intraepitelial y células malignas y solo el 2.2% positivos. En lo relativo al inicio de la vida sexual activa el orden de frecuencia es el siguiente; el 48.4 %(45) iniciaron su vida sexual entre los 10 a 15 años, el 41%(38) entre los 16 a 20 años, el 5.4%(5) inicio de los 21 años a más.

En lo que respecta al uso de Método Anticonceptivos: el 41.9%(39) no usan ningún método, el 32.3%(30) utilizaron método hormonal. Sobre el aspecto del cérvix el 49.5%

(46) se reportó como inflamatorio, un 35.5% (33) normal, el 10.7% (10) se registra sin datos y un 4.3% (4) como Atrofia.

En cuanto a las alteraciones citológicas se encontró que el 97,8% (91) fueron negativos para lesión intraepitelial y células malignas y solo un 2.2% (2) fueron positivos de los cuales; el 1.1% eran células escamosas de significancia indeterminada (ASC-US) y el otro 1.1% para lesiones intraepiteliales de bajo grado (LIE-Bg) por infección del virus del papiloma humano (VPH). (González., 2014).

Con el objetivo de conocer la frecuencia de factores de riesgo en mujeres diagnosticadas con lesiones pre malignas de cuello uterino a través de PAP, atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco entre enero 2013 y diciembre 2014, se llevó un estudio descriptivo a través de la revisión de 84 expedientes de mujeres con lesiones pre malignas.

Entre los resultados principales se encontró que, con respecto a las características sociodemográficas, una quinta parte de las mujeres estudiadas tenía entre 35 a 54 años, casi el 80% era mujeres jóvenes en edad no consideradas como grupos de riesgo de lesiones tempranas. El 98% tenía algún grado de instrucción es decir el factor de riesgo analfabeta no fue prevalente en este estudio, dos terceras partes de las pacientes tenían pareja conviviente, y más del 80% procedía de la zona urbana. En cuanto a los antecedentes de hábitos tóxicos entre mujeres con lesiones temprana, se observó que el 6% (n=5) refirió antecedentes de consumo de tabaco y el 3.1% (n=4) refirió antecedentes de consumo de alcohol.

En cuanto a los antecedentes Ginecobstétricos, se encontró más del 80% tenían una menarca entre los 10 y 14 años, cerca del 80% inicio sus relaciones sexuales entre los 11 y 15 años, y cerca del 80% tuvo entre 1 y 3 parejas sexuales. Por otro lado, cerca del 20% de las mujeres investigadas tenían 3 o más embarazos o partos y cerca del 17% parte de las

mujeres presentaban antecedentes de aborto incluso de más de tres abortos. Cerca del 80% de las mujeres habían usado alguna vez anticonceptivos hormonales.

Con relación a la frecuencia del tipo de lesiones tempranas se observó que para NIC I hubo un 28.6%, para NIC II hubo un 38.1%, para NIC III hubo un 13.1% y para ASCUS un 20.2%. En general se encontró que hay relación entre el inicio de relaciones sexuales a temprana edad con la aparición lesiones. Por otro lado, a mayor número de parejas sexuales es mayor el riesgo de lesión y el grado de lesión. (Henríquez & Ortega Bonilla, 2015)

III. JUSTIFICACION

Es necesario que los programas de detección masiva oportuna de lesiones pre malignas mejoren permitiendo ser programas atractivos, demostrando que la intervención de un buen programa evidencie reducciones demostrables por la calidad y eficiencia del servicio brindado a la población, debe de existir un interés constante de los gerentes y responsable de los programas de tamizaje bajo la retroalimentación de estudios sobre el comportamiento de las lesiones y la forma en que fueron manejadas para su diagnóstico precoz, de no ser de esta manera, y persistir la indiferencia, cada año habrán más muerte y mujeres padeciendo este mal.

Las limitaciones de los establecimientos de diagnóstico y la tendencia a que estos servicios no llegan a las mujeres de limitados recursos, como son en la comunidad como Wapi. El Rama, generan el desconocimiento de verdaderas prevalencias de dicha enfermedad. Los aspectos culturales y poco personal capacitado para general acercamiento de la comunidad a los servicios de salud sexual y reproductiva, son unos de los muchos factores que

entorpecen el poder incidir temprana y positivamente en la morbi- mortalidad de muchas mujeres.

Con este estudio se quiere identificar toda la caracterización frecuente de las mujeres que presentaron lesiones pre malignas de alto grados y maligna a nivel del cérvix para recomendar, sensibilizar y orientar tanto a los gerentes de servicios de salud como al personal que atiende sobre situaciones específicas que predisponen al avance de la enfermedad por otro lado permitir que se hagan estrategia que reoriente el programa de detección oportuna. Para reducir la tasa de incidencia aún más de los que se menciona a nivel nacional, producto que en algunos municipios y departamento se ha logrados y en otro no, donde son poco visualizado por la tendencia central, pero que es necesario investigar su comportamiento a nivel local.

IV. PLANTEAMIENTO DE PROBLEMA

Hay evidencia científica que la mayoría de las lesiones de bajo grado son transitorias; que en la mayoría de los casos vuelven a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresan a formas más graves. En cambio, es mucho más probable que la NIC de alto grado se convierta en cáncer invasor con una posibilidad de 29.0% a 36.0%, aunque también algunas de estas lesiones persisten como tales o retroceden. El intervalo medio para que los precursores progresen a cáncer invasor va de 10 a 20 años. (OMS. International Agency for Research on cancer , 2013)

Según datos revelados por Movicancer en Nicaragua cada año se diagnostican más de 869 mujeres con cáncer del cuello uterino, fallecen 414 y solo una de cada ocho acude voluntariamente a realizarse el Papanicolaou. (González, 2014). A nivel nacional se ha incidido en mejorar la accesibilidad de la población a la unidad asistencial, no así en el

convencimiento para que las mujeres frecuenten a realizarse la prueba y el seguimiento subsecuente necesario.

El Rama las cifras de prevalencia según registro a nivel nacional de NIC III Y II es de 3.1 x cada 100 mujeres (MINSA - SILAIS, 2015), con evidencia en este año 2017 de 2 defunciones y una cobertura 28 mujeres de cada 100 que se han realizado estudio cito histológico. (MINSA Centro de Salud Wapi, 2017). Las cifras de coberturas para realizarse el PAPS representa la posibilidad de un sub índice de lesiones pre malignas, aunque a nivel nacional se hable de reducciones, a nivel local es necesario evaluar el comportamiento de los resultados citos – histológico de las mujeres por tal razón es meritorio preguntase:

¿Cuál es el comportamiento de los resultados cito histológico cervico uterinos en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Wapi, Rama de enero a octubre 2017?

V. OBJETIVOS

Objetivos General

Determinar el comportamiento de los resultados cito histológico cervico uterinos en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Wapi, El Rama de enero a octubre 2017.

Objetivos Específico

1. Conocer las características sociodemográficas de las mujeres en estudio.
2. Determinar antecedentes ginecobstetricos de las mujeres según el tipo de resultado de la cito histología de cérvix.
3. Demostrar las descripciones clínicas y reporte cito histológico del cérvix de acuerdo al grado de lesión presentada.
4. Identificar los hallazgos de las biopsias y la relación con el grado de lesión presentada.

VI. MARCO TEORICO

Anatomía del cérvix

El cuello uterino es la parte fibromuscular inferior del útero. De forma cilíndrica o cónica, mide de 3 a 4 cm de largo y 2,5 cm de diámetro. Lo sostienen el ligamento redondo y los ligamentos uterosacros. El tamaño y la forma del cuello uterino varían según la edad, el número de partos y el momento del ciclo hormonal de la mujer.

La porción del cuello uterino exterior al orificio externo se llama exocérnix. Es la parte más fácilmente visualizable en la exploración con espéculo. La porción del cuello uterino interior al orificio externo se denomina endocérnix, para cuya visualización es preciso estirar o dilatar el orificio externo. Normalmente el exocérnix está recubierto en gran parte por epitelio escamoso estratificado no queratinizante que contiene glucógeno. Es opaco, tiene muchas capas celulares y es de color rosado pálido.

Las células de las capas intermedia y superficial contienen glucógeno abundante en su citoplasma, que se tiñe intensamente de color pardo-caoba o negro tras aplicar la solución yodoyodurada de Lugol con ácido peryódico de Schiff en los cortes histológicos. La presencia de glucógeno en las capas intermedia y superficial es signo de maduración normal y de desarrollo del epitelio escamoso. La maduración anormal o alterada se caracteriza por la ausencia de glucogénesis.

El conducto cervical está recubierto de epitelio cilíndrico (a veces denominado epitelio mucíparo o glandular). En el epitelio cilíndrico no se produce glucogénesis ni mitosis. Debido a la falta de glucógeno citoplasmático, el epitelio cilíndrico no cambia de color tras aplicación de Lugol, o retiene una leve capa de la solución yodoyodurada.

La unión escamoso-cilíndrica se presenta como una línea bien trazada con un escalón, por la diferente altura del epitelio pavimentoso y del cilíndrico. La ubicación de la unión escamosocilíndrica con relación al orificio cervical externo varía en la vida de una mujer y depende de factores como la edad, el momento del ciclo hormonal, los traumatismos del parto, el uso de anticonceptivos orales o el embarazo.

La zona del cuello uterino donde el epitelio cilíndrico ha sido reemplazado o está reemplazándose con el nuevo epitelio escamoso metaplásico se denomina zona de transformación (ZT). La zona de transformación puede considerarse normal cuando presenta metaplasia escamosa, incipiente o evolucionada, junto con zonas o islotes de epitelio cilíndrico, sin signos de carcinogénesis cervical. Se denomina zona de transformación anormal o atípica (ZTA) cuando en ella se observan signos de carcinogénesis cervical, como cambios displásicos; identificar la zona de transformación tiene gran importancia en la colposcopia, pues casi todas las manifestaciones de carcinogénesis cervical ocurren en esta zona.

Causa etiológica y conceptualización

La causa etiológica del cáncer cervical es la infección por el virus del papiloma humano (VPH). Serotipo 16 y 18 son los tipos más prevalentes en nuestro medio y, junto con los serotipos 45, 31, 33, 52, 58 y 35, son responsables del 90% del cáncer de cuello uterino, con una prevalencia global del 99,7% de los casos.

Los tipos 16/18 están relacionado aproximadamente el 70.0% a todos los tipos de cáncer del cuello uterino y el 80 y 90.0% de los tumores relacionados al VPH en otra parte del cuerpo. La prevalencia de los tipos 16/18 en América Latina y el Caribe es de 4.9% en las mujeres con citología normal; de 25.1% en las mujeres con lesiones de bajo grado; de 52.5% en las mujeres con lesiones de alto grado y del 62.6% en las mujeres con cáncer uterino. (Rodriguez, 2012)

La vacunación sistemática en niñas de 12 años de edad, iniciadas en 2008 puede tener un impacto importante en la prevalencia del VPH dentro de los 15 a 20 años, con una reducción potencial del 67 al 71% de este virus. La cobertura alta y continua de esta vacuna en niñas de 11 a 14 años de edad puede conducir a una redefinición de la selección, una variación en los horarios y, quizás, la incorporación de la detección primaria con la prueba de detección del VPH en las mujeres vacunadas.

Se denomina cáncer Cérvicouterino a toda neoplasia maligna que se origina en el cérvix. Los principales puntos de localización son: el epitelio que cubre la superficie externa o vaginal del cérvix y el epitelio de células cilíndricas del conducto interno.

La forma más temprana del cáncer Cérvicouterino es el llamado "carcinoma in situ" (cáncer confinado a su sitio original). Si se detecta en forma oportuna y se trata adecuadamente, esta condición patológica es superada. Si se descuida esta situación, las células cancerosas penetran en capas más profundas del útero, produciéndose entonces el cáncer Cérvicouterino invasor. La denominación de "invasor" se debe a su propagación a los tejidos vecinos e incluso, a órganos distantes como la vagina, la vejiga, el recto. Y otras partes del cuerpo, con lo que se produce la muerte de la paciente.

El cáncer Cérvicouterino invasor es uno de los más frecuentes y cada año mueren gran cantidad de mujeres a causa de esta enfermedad. The American Cancer Society afirma lo siguiente: "en la mujer, predominan el cáncer mamario y el cáncer Cérvicouterino durante las décadas terceras, cuarta y quinta de la vida. En las décadas posteriores son más frecuentes los tumores gastrointestinales"

La prueba de Papanicolaou citología introducido en la década de 1960 ha permitido una reducción de hasta un 80% en la mortalidad por esta enfermedad con el diagnóstico precoz de lesiones precancerosas. Por lo tanto, ésta sigue siendo la principal prueba de diagnóstico

utilizados en los programas de detección en todo el mundo. Una de las características de la prueba de la citología es su baja sensibilidad que requiere la repetición periódica.

La detección temprana del cáncer Cérvicouterino es poco frecuente si la paciente no procura exámenes citológicos con regularidad, debido a la falta de síntomas y signos clínicos en el estadio intraepitelial.

Es por ello por lo que se requieren exámenes frecuentes para detectar precozmente estas lesiones. Estudios efectuados revelan que el problema primario en el control público del cáncer cervical, no es de técnica ni disponibilidad de medios, sino más bien de organización y motivación de dichas comunidad.

Aunque han sugerido diferentes técnicas de detección, la más utilizada es la prueba de Papanicolaou. Esta prueba fue descrita por el doctor Jorge N. Papanicolaou, patólogo griego, en 1928, quien descubrió el método que permite identificar precozmente el carcinoma de cuello y de endometrio. En honor al doctor Papanicolaou la prueba citológica lleva su nombre. La prueba fue confirmada por Traut desde 1943. Dicha prueba es económica, efectiva y de fácil aplicación.

Un examen citológico es obligatorio en cualquier programa de medicina preventiva y debe ser efectuado cada seis meses o por lo menos, cada año, en toda mujer que ha tenido o mantiene vida sexual activa desde el inicio de las mismas hasta el término de su vida.

Otras de las pruebas para diagnosticar la enfermedad consisten en la biopsia dirigida. Se trata de realizar un curetaje endocervical más arriba del lugar biopsiado, para obtener una compleja evaluación del órgano afectado.

La prueba de Schiller se basa en que el epitelio canceroso no tiene glucógeno y por lo tanto no capta el yodo como el epitelio normal del cuello, o de la vagina, que son ricos en glucógeno. Así, la aplicación de cada solución de yodo puede mostrar el epitelio

de color caoba, mientras que las zonas de displasia y cáncer quedan sin teñir y netamente limitadas. (Llongueras & García García, 2006).

La causa de la aparición del cáncer del cuello uterino ha sido objeto de estudio por más de 150 años. La etiología es aún desconocida, aunque se asocia a varios factores de riesgo. La prevención es la herramienta más importante en la lucha contra el cáncer. (Chuco, 2011). Se conocen varios factores que dificultan el diagnóstico de la neoplasia del cuello uterino: la clínica es generalmente nula, las infecciones son frecuentes, las pacientes tienen temor de acudir al médico, ya que piensan que el chequeo periódico no es necesario, además priorizan otras funciones en el hogar y el trabajo. (Tamayo Lien, de la Torre, Verona Sánchez, Borrego López, & Areces Delgado, 2010).

Epidemiología

La incidencia más elevada del cáncer del Cérvicouterino. está entre los 40 a 60 años; promedio: 45 a 55 años; desciende notablemente después de los 60 años, La máxima incidencia del carcinoma cervical in situ está entre los 30 a 40 años y el invasivo entre los 40 años a 50 años. Reportan edad promedio de la displasia 34 años, in situ 41 años e invasivo 48 años y de la neoplasia intraepitelial 30 años.

La incidencia de carcinoma escamoso del cuello uterino entre los 15 a 49 años decreció de 75/100,000 en 1975 a 60/100,000 en 1980; desde esta fecha se mantiene estable con tendencia al aumento. Durante 1979 disminuyó la incidencia en 4.7% por año y en los años de 1983-1987 disminuyó solamente 2.2 % por año.

En 13,000 embarazadas, se reportó 2.2 % de anormalidad del epitelio, 1.3% carcinoma in situ y prevalencia de carcinoma in situ de 1.3/1,000 embarazadas

De todos los países de América Central y del Sur y del Caribe, Haití es el único que presenta una tasa normalizada según la edad superior a la de Nicaragua, llegando a casi 60

casos por 100,000 mujeres al año. Nicaragua dos terceras partes de los tumores malignos se presentan posterior a los cincuenta años de edad; estos casos representan el 9.0% de las causas de muerte en las mujeres, correspondiéndole al Cáncer Cérvicouterino el 20.0% en este campo; este tipo de cáncer tiene una tendencia al incremento por una baja cobertura de la citología, la cual alcanza solamente el 10.7% de las mujeres en riesgo. La mortalidad por cáncer en mujeres se debe en el 45.0% de los casos, al Cáncer Cérvicouterino.

El Ministerio de Salud en el 2002 reportó tasas de muerte por Cáncer Cérvicouterino en 13.7 por cien mil mujeres mayores de 15 años, la cual supera el doble de las tasas por mortalidad materna el 6.5 por cien mil mujeres mayores de 15 años.

La tasa de mortalidad por Cáncer Cérvicouterino en mujeres de 35 y más años para el año 2003 era de 28 por cien mil mujeres en edad fértil, en el año 2007 hubo 400 muertes por año de cáncer Cérvicouterino, mientras que el año 2010 la cifra bajó a 160 casos. se planteado como meta que esta fuera menor a 27.4 en el 2010 y a 24.3 por cien mil mujeres en edad fértil en el 2015.

Se han establecido como indicadores intermedios del Plan Nacional de Salud el aumento de la Cobertura de Citologías Cervicales, las que en el año 2003 fueron de 9.3% de las MEF, se plantea que ésta aumente a 11.5% de las MEF en el 2005, en el 2010 se esperó que aumentara a 17.3 y para el año 2015 se pronosticó en 23.8% de las MEF. (Chuco, 2011).

Según la Nacional de Estadísticas Sanitarias en Nicaragua (ONE) la tasa de mortalidad por Cáncer Cérvicouterino (CaCu) para el año 2011 fue de 16.5 x 100,000 MEF. Los SILAIS Granada (28.6), Masaya (22.0), Chinandega (20.6) y Managua (20.3) reportan las tasas de mayor mortalidad por CaCu en el 2011. Obvio que muchas lesiones pre malignas de alto grado continuaron su curso de transformación hasta cobrarles la vida a todas estas mujeres, o bien no fueron diagnostica hasta su etapa final.

Esto genera que la tasa cruda de mortalidad para Nicaragua sea la más grande que incluso a nivel centroamericano las evidencia es de 10.1 y a nivel mundial es de 8.2 x 100,000 MEF. (OPS - OMS, 2012)

Posibles causas de Cáncer Cérvicouterino

Biológicamente se desconocen las causas del cáncer Cérvicouterino; solo puede hablarse de predisposiciones. Los doctores Jones Howard W. Junior y Sugar Jolmes Gorgeana, en su obra Tratada de ginecología de Novak, señalan algunas de estas predisposiciones:

"El cáncer Cérvicouterino es generalmente raro en la mujer judía, lo que permite suponer que el coito con un varón sin circuncisión puede actuar en alguna forma como influencia causal, quizás debido a la pobre higiene del pene y a la acumulación de esmegma".

Los mismos autores también indican que en la última década, una media docena de estudios importantes han examinado la relación entre el coito y el matrimonio prematuro, haciendo énfasis en el riesgo de que las neoplasias malignas aumenten con el coito a temprana edad.

La práctica sexual en la adolescente puede predisponer el cáncer, debido a que la porción exterior del cuello del útero es más vulnerable a la enfermedad.

Philip Digaia y otro, en su obra, señalan otras posibles causas:

Se ha relacionado el virus del herpes simple tipo 2 con la aparición del cáncer Cérvicouterino, aunque no se ha comprobado si realmente hay relación entre la causa y el efecto o si este virus obedece a la incidencia de un agente infeccioso común en mujeres sexualmente activas.

El cáncer comienza en una célula. La transformación de una célula normal en una tumoral es un proceso que abarca varias fases y suele consistir en la progresión de una lesión

precancerosa a un tumor maligno. Estas alteraciones son el resultado de la interacción entre los factores genéticos de una persona y tres categorías de agentes exteriores, a saber:

1. Carcinógenos físicos, como las radiaciones ultravioletas e ionizantes;
2. Carcinógenos químicos, como el amianto, componentes del humo de tabaco, aflatoxinas (contaminantes de los alimentos) y arsénico (contaminante del agua de bebida);
3. Carcinógenos biológicos, como las infecciones causadas por determinados virus, bacterias o parásitos.

Evolución natural de las lesiones

A pesar de la exposición frecuente de las mujeres al VPH, la aparición de neoplasia cervical es poco común. La mayoría de las anomalías cervicales causadas por la infección por VPH tienen poca probabilidad de progresar a NIC o a cáncer Cérvicouterino de alto grado, pues la mayoría retroceden por sí mismas. El largo plazo que transcurre entre la infección inicial y la enfermedad evidente indica que pueden ser necesarios varios cofactores (diferencias genéticas, efectos hormonales, carencias de micronutrientes, tabaquismo o inflamación crónica) para que avance la enfermedad. La regresión espontánea de la NIC también parece indicar que muchas mujeres pueden no estar expuestas a dichos cofactores. Varios estudios han abordado la evolución natural de la NIC, haciendo hincapié en la regresión, la persistencia y la progresión de la enfermedad (McIndoe et al., 1984; Ostor et al., 1993; Mitchell et al., 1994; Melinkow et al., 1998; Holowaty et al., 1999). Han revelado que la mayoría de las lesiones de bajo grado son transitorias; que en la mayoría de los casos vuelven a la normalidad en plazos relativamente cortos o no progresan a formas más graves.

En cambio, es mucho más probable que la NIC de alto grado se convierta en cáncer invasor, aunque también algunas de estas lesiones persisten como tales o retroceden. El

intervalo medio para que los precursores progresen a cáncer invasor va de 10 a 20 años. La probabilidad acumulada para todos los grados de NIC estudiados tanto por citología como por histología es de 45% de regresión, 31% de persistencia y 23% de progresión (Mitchell *et al.*, 1994).

Factores de riesgo:

Genéticos, Socioeconómicos, Hábitos tóxicos, Alcohol, Tabaco, Fármacos, Anticonceptivos, Inmunitarios, .paridad.

Factores de riesgo relacionado con la sexualidad: Relaciones sexuales .precoces, embarazo precoz, múltiples compañeros sexuales, infecciones de transmisión sexual, Sífilis. Clamidias, virus herpes, VPH.

Edad El carcinoma del cuello uterino es infrecuente en mujeres de menos de 30 años, rarísimo antes de los 20 años y descende a partir de los 60 años, sin embargo puede aparecer a cualquier edad; con la revolución sexual se está detectándose antes de los 20 años, Existen evidencias de que el carcinoma in situ está incrementándose en mujeres de menos de 19 años; en 117 de estas mujeres, en 88 (75.2 %) encontraron carcinoma in situ (Rusk); en otra investigación de 1000 mujeres menores de 19 años, halló en el 4.6 % anormalidad citológica y en este grupo halló 33 % con carcinoma in situ III (Haddad).

La citología del epitelio del cuello uterino de la adolescente está modificándose; en 1960 se hallaba 30/1000 de anormalidad, en 1976 se elevó a 70/1000 en USA. Por la promiscuidad sexual y cambios en la actividad coital se estima que el carcinoma in situ se hará más frecuente entre los 20 a 30 años en los próximos años.

Factores económicos Por consenso se admite que el carcinoma del cuello uterino es más frecuente en mujeres de baja condición económica. Es alta la incidencia en mujeres cuyos esposos son jornaleros o trabajadores eventuales. En general mujeres de reducida condición

económica y viven en zona urbana, tiene 3 veces más alta prevalencia de neoplasia maligna del cuello uterino es más alta en mujeres que viven en zona urbana que las que viven en zona rural, aunque alguna es más alta en zona rural.

El factor económico en sí no jugaría rol importante, sino que el bajo nivel económico condicionaría deficiente higiene, incluyendo la higiene del pene, inicio del coito a temprana edad, relaciones sexuales más frecuentes, múltiples parejas, matrimonios inestables, mayor promiscuidad, multiparidad, etc. O por el nivel económico reducido ingerirían deficiente nutriente o micronutrientes que llevarían a la disminución del sistema inmunológico sistémico o local del moco cervical. Se ha comprobado que la ingestión de retinol y caroteno protege contra algunos tumores escamosos y que la ingestión de vitamina C y ácido fólico disminuyen los riesgos del desarrollo del carcinoma in situ y displasia.

Medio ambiente La salud de la personas depende de la herencia, alimentación, hábitos personales y el medio ambiente. En la mayoría de los trastornos de salud que sufre la humanidad, intervienen estos factores el 80 % de las enfermedades, el 30.0% de las muertes de todas las edades y razas y el 50.0% de la mortalidad infantil, son producidas por las enfermedades transmitidas por el agua no potable que tienen los países subdesarrollados (OMS); más del 80 % de los cánceres que sufre la humanidad se asocian directamente con el estilo de vida y el medio ambiente. Conceptos similares tenían los médicos americanos precolombinos.

Multiparidad Se ha incriminado a la multiparidad como que jugara importante papel en la aparición del carcinoma del cuello uterino. El período de metaplasia del epitelio del cuello uterino es más activa y frecuente en la pubertad, adolescencia y primer embarazo y es la etapa más crítica para la aparición y desarrollo maligno cuando las condiciones están dadas. Estudios histológicos del epitelio uterino en mujeres de 23.8 años promedio, arrojó prevalencia de displasia in situ 36/1000 en nulípara, 128/1000 con un aborto del primer trimestre o un embarazo a término y 165/1000 con dos o más fetos viables. Runge halló

displasia y carcinoma in situ 5 veces más en multípara que en primíparas y que la frecuencia aumentaba con el número de hijos hasta el punto de ser el doble en la multípara que en la primípara.

Si bien a la multiparidad lo relacionan con el cáncer del cuello uterino, no se debería a la lesión o infección del cérvix uterino por los partos, sino a la actividad sexual que da como el resultado de aquellos embarazos. Muchos embarazos significan muchos coitos, durante varios años, comienzo a temprana edad la actividad sexual, múltiples parejas sexuales, etc.

Las prostitutas tienen carcinoma del cuello uterino 6 veces más elevado que el grupo control y raramente se embarazan. La paridad jugaría escaso rol en la génesis del cáncer cervical.

Tabaco El cigarrillo que se fuma hasta 1982 se identificaron 4720 compuestos químicos diferentes, siendo el más tóxico y que produce hábito la nicotina y 48 compuestos carcinogénicos comprobados en el laboratorio, hasta la actualidad se han identificado más de 5000 compuestos diferentes.

Existe marcada asociación entre el cigarrillo con alteraciones del epitelio cervical, controlados con el número de parejas sexuales, embarazos fuera del matrimonio y años de uso de la píldora anticonceptiva. El tabaco también es inculcado como factor de riesgo de la neoplasia maligna del cérvix uterino tanto las que fuman y mascan, pero se ignoran cómo actuaría.

Los metabolitos del tabaco se han detectado en el mucus del cuello uterino nicotina en el 25.0% y la cotinina en el 84 % de las fumadoras, cuya concentración es directamente proporcional al tiempo y número de cigarrillos consumidos por día. El riesgo de neoplasia maligna del cuello uterino en fumadoras es de 1.9 a 14.6 veces más alta que en no fumadoras dependiendo del tiempo y número de cigarrillos consumidos por día, debido a que algún metabolito del cigarrillo disminuiría la capacidad inmunológica del epitelio del

cuello uterino o actuaría como un cofactor sinérgico en la transformación maligna del epitelio cervical en fumadoras se analizó la concentración de nicotina y cotinina en la sangre y mucus en el cuello uterino en pacientes con carcinoma in situ; se halló alta concentración de nicotina en el mucus del cuello uterino. (Nicaragua, 2010).

Raza En USA la incidencia y mortalidad por carcinoma del cuello uterino en las negras es 3 veces más alta que en las blancas en algunos estudios y se ha observado mayor incidencia en las caucásicas que en las indias de Nueva México; en New York en hispánicas blancas es dos veces y medio más elevada que en la blanca oriunda de USA las hispánicas tienen más riesgo de desarrollar carcinoma escamoso y las asiáticas, adenocarcinoma. Se considera que la neoplasia maligna del cuello uterino es más frecuente en las negras por predisposición racial, pero con el mismo nivel económico las diferencias raciales desaparecen.

Sistema inmunológico La escuela Rusa ha demostrado que el organismo humano tiene aproximadamente 10 elevada a la potencia 13 de células y 10 millones de células mutantes con un gen modificado en un momento dado. Estas células mutantes con un gen modificado, traidoras que no aceptan ser reguladas, por los sistemas de control del organismo humano, con su reproducción, originaría los tumores malignos. El sistema inmunológico es el encargado de controlar estas células mutantes, rebeldes o traidoras (Petrov). Por tal razón el sistema inmunológico disminuido jugaría rol importante en la aparición y desarrollo de la displasia tras la agresión del epitelio cervical por los carcinogénico.

El carcinoma pre invasivo e invasivo es más frecuente en pacientes sometidas a inmunosupresión; Porreco halló 14 veces más frecuente en mujeres con terapia inmunosupresora como así también la infección por el VPH es más frecuente en inmunosuprimidas. El sistema inmunológico deprimido, también favorecería el desarrollo del VPH y la neoplasia intracervical (Sillman y Col); el riesgo de carcinoma in situ del

cérvix, vulva, ano, se reporta que se eleva al 100% en pacientes con trasplante renal que toman inmunosupresores comparado con paciente con sistema inmunológico normal (Sillman).

La inmunosupresión no sólo aumentaría el riesgo del carcinoma del cuello uterino sino también aumentaría el riesgo del linfoma maligno, linfoma no Hodgkin y sarcoma de Kaposi (Kinlen); se ha demostrado también significativo incremento del VPH en el cuello uterino de pacientes infectados con el virus de la inmunodeficiencia humana (VIH) y en pacientes con el número de linfocitos CD4 disminuidos (Jonson). La regresión espontánea de los condilomas es frecuente y está bien documentado; como así también con la infiltración con célula mononucleares B y linfocitos T (Tagami) La alteración del sistema inmunológico más los otros factores promotores o sinérgicos, son necesarios para el inicio de la transformación maligna del epitelio del cuello uterino.

Enfermedades de transmisión sexual. La neoplasia maligna del cuello uterino se ha asociado a todas las enfermedades de transmisión sexual porque los factores de riesgo son similares se ha sospechado de la sífilis, chlamidia, tricomonas vaginal, hongos, decían que actuarían como mutagénicos, pero no hay evidencias: En la década del 60 fue incriminado el HVH2 y a partir del 70s el VPH se ha determinado que las prostitutas con sífilis tienen 6 veces más elevado el carcinoma del cérvix uterino que el grupo control

Anticoncepción. La mujer no embarazada produce estradiol de 100ug a 300ug por día que circula en la sangre 99% unido a globulinas y albúminas y 1.0% libre; solamente este 1.0% libre ejerce sus funciones a concentraciones extremadamente reducidas en el núcleo de las células unido al receptor (Beato). El dietilestilbestrol (DES) estrógeno sintético se usó desde su descubrimiento, para retener el aborto y otros fines y se comprobó que en las hijas de madres que había tomado el DES durante el embarazo, se enfermaron de carcinoma de células claras del cuello uterino y vagina, como así también tuvieron alteraciones morfológicas del árbol genital; por tales razones fue proscrito por la FDA (Hersbt et al); las

embarazadas que tomaron anticoncepción oral en el primer trimestre, sus hijos tuvieron alteraciones congénitas el síndrome VACTERL. Alteraciones de las vértebras, ano rectal, cardíaco, tráquea, renal, esofágica y reducción de los dedos.

La anticoncepción oral contribuye positivamente en la aparición y desarrollo de la neoplasia maligna del cuello uterino. La frecuencia es más alta en mujeres que usan la píldora y menos en las que usan métodos de barrera. Pacientes que usan anticoncepción oral desarrollan carcinoma cervical de 4 a 6.7/1000 y las que usan de barrera 1.8/ 1000 a 3.8/1000 porque las que usan métodos de barrera, se protegen de los agentes cancerígenos y las que usan la píldora inician el coito a menor edad, son sexualmente más activas y tiene múltiples parejas sexuales; En una investigación con 47.000 mujeres se comprobó que mujeres que usaban la píldora anticonceptiva por más de 10 años tuvieron 4 veces más elevada, que las no usuarias (Beral). También se lanza la hipótesis de que la anticoncepción oral intervendría en la aparición, y progresión de la displasia a carcinoma in situ e invasivo en mujeres susceptibles por reducción de folatos que mantiene la integridad del epitelio uterino. (Zúñiga Rodríguez., González Martínez., & Gandul Salabarría, 2008).

Papiloma Virus Humano (VPH)

Se han identificado más de 70 tipos de (VPH), está ampliamente difundido en la naturaleza infecta a los animales domésticos y silvestres y es la enfermedad viral más comúnmente transmitida por el coito se trasmite también al nacer, permanece latente en la infancia; se ha detectado también en el líquido amniótico, guantes de goma, pinzas de biopsias, espéculos y ropa interior, se sospecha que el médico pudiera transmitir durante vaginal o rectal, se encuentra presente también en el piso por estas razones se duda que la transmisión sexual sea la única fuente de contaminación.

La infección por el VPH es más frecuente en personas de 20 a 25 años y está incrementándose, ha alcanzado proporciones epidémicas especialmente en jóvenes, el

hombre asintomático es el reservorio del VPH genital, se infectan dos hombres por cada mujer.

La prevalencia en 1970 era del 1.0% al 2.0% y en 1985 por citología 2.5%. Actualmente se informa prevalencia detectada por métodos de alta sensibilidad hasta en el 85.0% y en mujeres de más de 35 años decrece al 2.0% o 3.0%. En el 40.0% de embarazadas se detecta VPH DNA positivo en el primer trimestre y en el 60.0% en el tercer trimestre y disminuye al 17.0% en el puerperio, debido a la disminución del sistema inmunológico durante el embarazo o influencia positiva de las hormonas sexuales aumentadas durante la gestación.

En 1974 Sur Hausen postuló la teoría de que el VPH pudiera ser el agente que generara el carcinoma del cuello uterino, pero es a partir de 1976 con mayor insistencia se inculpa al VPH ser el agente cancerígeno del cérvix uterino, por evidencias citológicas, histológicas, inmunocitoquímicas, hibridización, aerología y otros.

El VPH a pesar de ser el primer inculpado de desarrollar el carcinoma del cuello uterino, no se le detecta en la totalidad de los cánceres del cérvix. Reid reporta presencia de VPH en neoplasia intracervical e invasivo en solamente 49.0%, publican presencia del VPH en displasia 40.0% e invasivo 90.0%. Otro autor informa 95.0%. Jones investigó por 3 años mujeres con alteraciones citológicas del epitelio uterino con infección por el VPH 16: progresó a in situ 29.5%, desapareció 29.5% y permaneció inmodificado 41.0%: con el VPH 6; progresó a in situ 5.9% y desapareció 41.2%.

La infección se produce por inoculación del VPH en la capa basal, a través del epitelio cervical traumatizado por el coito o atraviesa la capa celular del epitelio. Las alteraciones citológicas de la infección subclínica por el VPH del epitelio del cuello uterino, fueron observadas por Ayre en 1949. Koss en 1955 describió al koilocito como característica de displasia, sin sospechar que era producida por el VPH. Meisels y Fortin en 1976 y Purola y Savia en 1977 confirmaron que ciertas alteraciones citológicas del epitelio del cuello

uterino consideradas como típicas de la displasia y carcinoma in situ (koilocitos y disqueratocitos) eran en realidad patognomónicas de la infección subclínica por el VPH, confirmadas por microscopía electrónica por Alberti y Cols. 1970 y Meisels y Col. 1984 e inmunocitoquímica e hibridización.

Los tipos de VPH 6 y 11 ocasionan los condilomas y los tipos 16 y 18 se hallan entre el 70.0% a 75.0% en las displasias y cáncer invasivo (Barbosa y Cols); también se han hallado en el carcinoma del cuello uterino otros tipos de VPH: 31, 33, 35 (Terry y Cols), 45, 51, 52, 56 y 58 (Lorincz) y otros.

Las lesiones pre neoplásicas del cuello uterino se inician exclusivamente en la zona de transformación y la infección por el VPH se desarrollan en otras zonas: vagina, vulva, periné, ano, etc. No hay evidencias del aumento del carcinoma del cuello uterino por el aumento de la infección por el VPH.

La mayoría de las infecciones por el VPH son asintomáticas y el VPH como agente etiológico del carcinoma del cuello uterino no cumple los postulados de Koch: no se encuentra en el 100%, cuando se inyecta no reproduce la neoplasia maligna y se halla en otra enfermedad la presencia del VPH no es suficiente para el desarrollo del tumor maligno del cuello uterino, se requiere la compañía de varios factores exógenos y endógenos (Jackson y Cols.).

El conocimiento de las relaciones del VPH con los cofactores aún son deficientes y el papel que juegan los cofactores en la aparición de la patología maligna del cuello uterino son nebulosos (Saveria). Las investigaciones deben profundizarse en el VPH y los cofactores (Campo). (Quiñones, 2009)

Signos y síntomas del cáncer Cérvicouterino

El carcinoma intraepitelial o in situ es casi siempre asintomáticos y el diagnóstico se establece al momento de un frotis cervical realizado como estudio sistemático.

Entre las manifestaciones evidentes están:

- Flujo vaginal mal oliente
- Cualquier hemorragia anormal
- Dolor pelviano
- La pérdida de orina y heces a través de la vagina
- Anorexia y pérdida de peso son signos de enfermedad avanzada.

El dolor no constituye un síntoma de carcinoma cervical hasta las últimas fases de la enfermedad, el desconocimiento de este hecho es uno de los obstáculos más graves con que se tropieza en las campañas tendientes al reconocimiento prematuro del cáncer. En la mayoría de los casos, el primer síntoma es la hemorragia, ligera por lo general.

Si por su edad la paciente se encuentra en periodo reproductivo, este sangrado adopta la forma de sangrado intermenstrual. Puede producirse después del coito, después de esfuerzos violentos o de una defecación difícil. Por desgracia, en muchos casos, la hemorragia no se produce hasta que la enfermedad está arraigada y se ha extendido a los nodos linfáticos. Más aún, si el tumor está localizado en el endocérvix, hay propensión a que la hemorragia aparezca tardíamente porque la lesión está más protegida.

A veces, puede notarse un flujo anormal, por lo general acuoso, antes de que aparezca la hemorragia. Todo esto indica la necesidad de que las mujeres mayores de 15 años, que han tenido o mantienen relaciones sexuales acuden a los centros de salud en forma regular y oportuna para que la enfermedad pueda ser detectada a tiempo. (Cifuentes, Manrique Abril, & Ospina Díaz, 2014).

Lesiones Intraepitelial Cérvicouterino

Existe una amplia gama de lesiones del cérvix, las cuales pueden expresarse de la siguiente forma:

A. Clínica: son las que se observan a simple vista llamadas condilomas.

B. Subclínica: se evidencian solamente bajo la evaluación del médico/a con el uso del colposcopio.

C. Latente: es la forma que solo se evidencia mediante técnicas de hibridación del ADN en individuos con tejidos clínicamente e histológicamente normales. En las últimas décadas se han usado diferentes términos para identificar cada una de las etapas pre-invasoras, lo que ha producido cierta confusión. Por esto es importante tener en cuenta la correlación de términos. Terminología de 3 sistemas de Nomenclatura. (Nicaragua, 2010)

En 1988, el Instituto Nacional del Cáncer de los EE.UU. convocó un seminario para proponer un nuevo esquema de presentación de los resultados de la citología cervical (informe del seminario del Instituto Nacional del Cáncer, 1989; Solomon, 1989; Kurman et al., 1991). Las recomendaciones hechas entonces y su revisión en un segundo seminario celebrado en 1991 fueron denominadas Sistema Bethesda (TBS) (informe del taller del Instituto Nacional del Cáncer, 1992).

La característica principal del TBS fue la creación del término “lesión intraepitelial escamosa” (LIE), con dos grados: lesiones de bajo grado (L-LIE) y lesiones de alto grado (H-LIE). La clasificación TBS combina los cambios condilomatosos planos (VPH) y la NIC de bajo grado (NIC 1) en L-LIE, mientras el H-LIE abarca los NIC más avanzados, NIC 2 y NIC 3. Se empleó el término lesión para recalcar que los cambios morfológicos en los cuales se basa un diagnóstico no necesariamente significan proceso neoplásico.

El TBS fue diseñado para la notificación citológica, pero sirve también para comunicar resultados histopatológicos. Se utiliza sobre todo en América del Norte. Se reevaluó y

revisó en un seminario celebrado en el 2001 convocado por el Instituto Nacional del Cáncer, de los Estados Unidos, copatrocinado por 44 sociedades profesionales de más de 20 países (Solomon et al, 2002). En el cuadro 2.2 se resumen las categorías del Sistema Bethesda del año 2001. (Sellors & Sankaranarayanan, 2003).

Correlación entre la terminología displasia/carcinoma *in situ*, NIC y Bethesda

Terminología de displasia	Terminología NIC original	Terminología NIC modificada	Sistema Bethesda Terminología LIE (1991)
Normal	Normal	Normal	Dentro de los límites normales Cambios celulares benignos (infección o reparación) ASCUS/AGUS
Atipia	Atipia coilocítica, condiloma plano, sin cambios epiteliales	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia o discariosis leve	NIC 1	NIC de bajo grado	L-LIE
Displasia o discariosis moderada	NIC 2	NIC de alto grado	H-LIE
Displasia o discariosis grave	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma <i>in situ</i>	NIC 3	NIC de alto grado	H-LIE
Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor	Carcinoma invasor

(Chavarro Vicuña, Arroyo Hernandez , Alcázar, Muruchi Garrón , & Perez Zúniga , 2009)

Otras características clínicas de las NIC

No existen síntomas específicos ni características clínicas que indiquen la presencia de NIC. Sin embargo, muchas de estas lesiones pueden aparecer blancas tras aplicar ácido acético al 3-5% y ser yodonegativas después de aplicar Lugol, pues el epitelio de la NIC contiene escaso o ningún glucógeno. Evaluar citológicamente la NIC basándose en los cambios nucleares y citoplasmáticos suele ser muy difícil. La hipertrofia nuclear y los cambios de tamaño y forma son características constantes de todas las células displásicas.

El tamaño del núcleo respecto de la cantidad relativa de citoplasma (relación núcleo/citoplasma) es una de las bases más importantes para evaluar el grado de NIC las mayores relaciones se asocian con grados más avanzados de NIC.

El diagnóstico final de NIC se establece por examen histopatológico de una biopsia cervical con sacabocados o una muestra de escisión. Se valora si una muestra tisular cervical presenta NIC y en qué grado, en función de las características histológicas de diferenciación, maduración y estratificación de las células y de las anomalías de los núcleos. Para clasificar la NIC se observa la proporción del espesor epitelial que presenta células maduras y diferenciadas. Los grados más avanzados de NIC suelen tener una mayor proporción del espesor epitelial con células indiferenciadas y solo una delgada capa superficial de células maduras, diferenciadas. (Sellors & Sankaranarayanan, 2003)

Pronóstico

El Dr. Tejada, oncólogo del Complejo Hospitalario Metropolitano, Hospital Addenbrook Cambridge, Hospital Clinic de Barcelona, España, resalta la importancia de los factores que determinan el pronóstico del cáncer Cérvicouterino, lo que indicará al cirujano la terapéutica de elección, que puede ir desde cautelosa y conservadora, hasta agresiva y persistente. Consideró que el pronóstico dependerá de las características celulares del tumor, entre ellas las de mitosis infrecuente, las cuales tendrán un pronóstico conservador.

Bradford Patterson, en torno al pronóstico Cérvicouterino, señala que el factor agresividad también influye en el pronóstico, algunos tumores pueden ser de gran tamaño y no presentan diseminación como el tumor de mamas y se les conoce como tumor de empuje a diferencia de otros invasores que infiltran venas, linfático y venas nerviosas teniendo mayor potencialidad.

Sobre el mismo tema, Rubin opina que el tamaño de un tumor puede relacionar el pronóstico, un tumor de menos de 2 cm. De diámetro tiene mejor pronóstico que aquellos que superan dichas dimensiones.

Esas afirmaciones se tienen el caso de la neoplasia del páncreas, relativamente pequeñas, pero es inoperable porque la resección, mientras que una neoplasia de estómago puede crecer y ser operable siempre y cuando crezca dentro de la luz del estómago.

Bradford Patterson, cuando se refiere al pronóstico o a la perspectiva de recuperación del paciente con cáncer, estipula: "el paciente con ganglios linfáticos negativos tiene el doble de sobrevivencia de 5 años sobre los que tienen compromisos ganglionares. El pronóstico disminuye al aumentar el número de ganglios positivos". (Pérez Cruz, y otros, 2005)

La detección oportuna:

El estudio de citología cervical es el método de elección para la detección oportuna del cáncer del cuello del útero.

La citología cervical se realiza cada 3 años en aquellas mujeres con 2 citologías previas anuales consecutivas, con resultado negativo a infección por virus de papiloma humano, displasia o cáncer; las mujeres con los problemas anteriores, serán objeto de un seguimiento en una clínica de displasia y, cuando sean dadas de alta, reiniciara la periodicidad anual.

Especificidad del TEST

Capacidad de la prueba para identificar los sujetos sanos, es decir que cuando una paciente libre de la enfermedad, se somete al estudio, este revelara un resultado negativo, dicha especificidad es de casi 99.8%, lo que significa que solamente alrededor de 0.2% de las veces da un falso positivo, siendo esto precisamente lo que apoya a la citología como método confiable de detección.

Sensibilidad del TEST

Es la probabilidad de que las mujeres con neoplasia sean identificadas en el proceso de tamizaje, la cual se expresa como el porcentaje de mujeres portadoras de neoplasia cervical que al ser sometidas al screening tiene resultados positivos. Esta sensibilidad del examen es cercana al 85%, de lo que se desprende que aproximadamente un 15% de mujeres con citología reportada como negativa en realidad tienen una neoplasia cervical.

Causa de falsos Negativo

Que la lesión no está diseminada de modo activa en volumen suficiente de células para que se detecte. Error en la técnica de recolección de la muestra, en un 85% de los casos, sea por localización de lesión en el cuello uterino, por la anatomía de dicha estructura o por utilización de equipo inadecuado.

Error en la técnica de detección oportuna en un 40% de los casos (el citopatólogo no logra detectar las células anormales). Error de interpretación ya sea por el grosor del frotis, artefactos, secado, sangre excesiva o inflamación.

Falso Positivos

Errores en la interpretación Alteraciones inflamatorias (cervicitis) Cambios reparativos Radiación Quimioterapia o metaplasma.

Embarazo y citología cervical

En usuarias embarazadas no existe contraindicación para tomar la muestra de citología y es importante hacerle ver a la usuaria que no debe rechazar esta oportunidad, sin embargo, en situaciones especiales como amenaza de aborto, proximidad a la fecha probable de parto o si bien a pesar de las explicaciones la usuaria rehúsa tomarse la citología, se aconseja retrasar la toma hasta 8 semanas después del parto Frecuencia de la Prueba

La toma de la citología Cérvicouterino debe realizarse en el esquema 1-1-1-3 (anual consecutiva por tres años y luego continua cada tres años de la última); esto significa que si el resultado de la primera citología es normal, se realiza una segunda citología al año y luego una tercer citología para eliminar los posibles falsos negativos, si esta tercera citología es normal se debe citar a la usuaria para otra citología en tres años y mantener esta periodicidad, en tanto el resultado de la citología continúe negativo.

En los casos en que la última citología haya sido tomada hace más de tres años se debe reiniciar el esquema 1-1-1-3. Las usuarias con resultados positivos a procesos inflamatorios sin específicos severos, deberán continuar con exámenes anuales.

En las instituciones del Sector Público la citología deberá practicarse gratuitamente, sin exclusión de ninguna usuaria que lo solicite por razones económicas o de edad, pudiéndose brindar el servicio a quien lo solicite con mayor periodicidad. Siempre debe evaluarse cada usuaria de forma individual

Debe quedar claro que las citologías que reporten LIE AG tienen que ser referidas inmediatamente para su diagnóstico y manejo adecuado. (Almonte, Murillo, Sánchez, & Salmerón, 2010).

Interpretación de los resultados de la Citología Cervical

Conducta a seguir según resultados de Citología Cervical en el primer nivel de atención. De acuerdo con los resultados de la citología las conductas a seguir son:

Cuando el reporte de la citología es Negativo para lesión intraepitelial y células malignas, la unidad de tamizaje le hará entrega del mismo, dando indicaciones sobre el siguiente control de acuerdo con los parámetros establecidos. En esta cita en la que se entrega el reporte de la citología, deberá brindarse consejería. Es de suma importancia motivar a las usuarias para que cumplan con regularidad sus citas dentro del esquema 1-1-1-3.

Cuando el material es insuficiente o inadecuado para el diagnóstico y se reporta la citología como insatisfactoria o inadecuada deberá repetirse la muestra. Si la citología reporta negativo para lesión intraepitelial y células malignas, pero se reporta ausencia de células endocervicales/Zona de Transformación (lo que significa que no se ha hecho un muestreo de esta zona de importancia). Deberá valorarse cada caso de forma individual, las características de la usuaria, accesibilidad y sus factores de riesgo, sobre la base de estos datos se decidirá si se repite la citología en 4-6 meses o al año siguiente.

Si la citología reporta negativo para lesión intraepitelial y células malignas asociada a proceso inflamatorio severo, que son cambios benignos, se analizan las causas, debe tomarse exudado y cultivo de secreciones cérvicovaginales y dar tratamiento de acuerdo a etiología.

Se programará examen de control en 4-6 meses, posteriormente se dará igual seguimiento al de una usuaria con citología normal, continua el esquema de tamizaje. Debe prestarse particular interés a usuarias con inflamaciones severas a repetición, frotis que reporten fondo hemorrágico y aquellas que, aunque la citología sea reportada como negativa pero que clínicamente el cérvix es sospechoso de alteración, deben ser valoradas por medico ginecólogo/a. (Nicaragua, 2010).

Factores psicosociales relacionados al Papanicolaou

Uno de los grandes retos para los servicios de salud, es la detección temprana del cáncer cérvicouterino, es necesario que los esfuerzos se orienten a las modificaciones psicosocial y conductas de riesgo; por ello, es necesario identificar los factores que inciden en la decisión de adoptar medidas positivas a fin de diseñar intervenciones educativas específicas que lleven a modificar las actitudes negativas, a reforzar las creencias positivas. Psicología social, se define como el estudio científico de las actividades del individuo influido por otros individuos.

Estos otros pueden ejercer su afecto separadamente o en grupos, pueden obrar directamente con su presencia o indirectamente, a través de los modos tradicionales de conducta. Todo comportamiento humano se encuentra determinado, de algún modo por una experiencia social previa. La persona representa activamente su cultura, cuando adopta el tipo de conducta social que parece apropiado a la situación que ocupa y que el grupo, y aun la misma cultura, esperan de ella.

No cabe duda de que esto se haya relacionado con la edad, educación, ocupación, clase social y muchos factores determinantes que tienen influencia sobre la realización del Papanicolaou. Cuando las funciones representativas no están claramente definidas, y que no existen reglas determinadas, de lo que deben hacer, es por lo que surgen las dificultades y conflictos. Así, además de la causa fisiológica y psicológica de los trastornos, se pueden señalar las causas fisiológica y psicológica de los trastornos, se pueden señalar las causas sociológicas, el no saber qué lugar ocupa en el mundo y exactamente qué es lo que se espera de él

Es importante crear conciencia en las mujeres, que deben dedicar más tiempo a la salud y que se sometan a la exploración del Papanicolaou más o menos cada seis meses, antes o después de la menopausia, mujeres de 18 años o menos que hayan iniciado vida sexual activa. Se debe tomar en cuenta que las personas experimentan temor porque: influyen factores socioculturales, educación, desconocimiento, entre otros temores que se agregan, sobre todo vergüenza; debido al desconocimiento por la no realización frecuente y a veces nula, e incluso mala orientación del personal de salud. (Soto Soto, Martín Pérez, Carballo Pérez, & Benítez G, 2003).

VII. DISEÑO METODOLOGICO

7.1. Tipo de estudio:

Descriptivo de corte transversal.

7.2. Población de estudio:

Fueron todas las mujeres mayores de 12 años, que ya iniciaron vida sexual activa, procedentes de la comunidad de Wapi, que optaron realizarse la toma de muestra de citología cervicouterina y en algunos casos no tuvieron alteraciones y otras se les identificó, patología pre malignas o malignas, que se le dieron seguimiento para su confirmación definitiva o descarte de la enfermedad con la biopsia, según la atención secuencial.

7.3. Universo

Las mujeres que acudieron a realizarse el PAPS, procedentes del áreas urbanas y rurales de Wapi, municipio El Rama, ubicado a 32 km de dicha cabecera, en el centro de salud de la localidad. La proyección de mujeres para Wapi en el 2017 es de 635, pero se identificó que en los registros solo se encontraban 213 mujeres que se lo habían realizad. (MINSA - SILAIS, 2015)

7.4. Muestra.

Fue por conveniencia tomando el total de casos registrados, debido a que el tamaño del universo no demostraba dificultades para ser incluidos a todos. Sin embargo, como es tomado en cuenta los criterios de inclusión y exclusión, al final se concretó el estudio con 190 pacientes, excluyendo a 23 expedientes.

Unidad de análisis

Constituida por los resultados de citología y resultados de biopsia de cérvix uterino, registrado y archivados en los expedientes de cada paciente que se lo realizó.

Criterios de inclusión:

Se incluyeron los registros de mujeres procedentes de Wapi de las edades mayores de 15 años con vida sexual activa. Sin importar su escolaridad, religión o estado civil o que haya estado embarazada. También se incluyeron las que fueron diagnosticadas con lesión de alto, moderado y bajo grado como las que no tuvieron un PAPS sin alterado, muestreadas por citología o biopsia, a través de colposcopia muestra directa por frotis o por muestra de espécimen extraídos por histerectomía.

Exclusión:

Se excluyeron los expedientes que presentaron; manchones o enmendadura, o ambigüedad de los resultados y también los que demostraron ser ilegible los datos solicitados.

7.5. Operacionalización de las variables.

Variable	Definición	Indicador	Escala/valor
Objetivo No 1			
Edad	Periodo de tiempo transcurrido desde el nacimiento hasta el día de inclusión del estudio	Según registro	12 a 19 20 a 29 30 a 39 40 a 49 50 a 59 60 a +
Procedencia	Lugar de origen según barrio comarca o villa donde se ubica su vivienda en Wapi ya sea urbano o rural	Según registro	Urbano Rural
Estado civil	Relación de convivencia con otra persona que puede ser de manera legal jurídicamente o solo el acompañamiento	Según registro	Casada Unión libre Viuda Divorciada

			Soltera
Escolaridad	Nivel Educativo formal que logra alcanzar el individuo hasta el momento de su existencia	Según registro	Analfabeta Alfabetizada Primaria Secundaria Universitaria Post Grado
Ocupación	Actividad, empleo u oficio que se dedica o realiza la embarazada al momento de su atención.	Según registro	Ama de casa Estudiante Obrera Agricultura Ganadera Maestra Comerciante Operaria Oficinista
Hábitos tóxicos	Costumbres individuales que puede ser nocivo para la salud	Según registro de Consumo	Fuma Consume licor Usa Droga
Objetivo No 2			
Antecedentes Ginecobstetrico	Todos los datos relacionados a los eventos obstétricos y patología ginecológicas relacionada con la vida pasada de la paciente	Gesta Para Cesárea Aborto Embarazo Actual Planificación familiar	Ninguna 1 a 3 4 a 6 7 a 9 10 y + Ninguna 1 a 3 4 a 6 7 a 9 10 y + Ninguna 1 a 2 3 y + Ninguna 1 a 2 3 y + Si No Si No

		PAPS Anterior	Preservativo Depo Provera Mesygina DIU Gestageno orales (micro y neogynon) Ningún método
		Biopsia cervicouterino	Si No
		Resultados de la Biopsia	Si No
		No de cros sexuales	1 a 3 Cros 4 a 6 7 a 9
		Infecciones de Transmisión sexual	Si No
Objetivo No 3			
Procedencia de la muestra	Sitio específico en el cuello uterino de acuerdo a su constitución anatomohistológica de donde se extrae la muestra	Según registro	Ausente endo y exocervix Presente endo y exocervix
Aspecto Clínico	Deliberación que a la visualización del cuello uterino se demuestra la presencia de un proceso mórbido o bien un estado norma	Según registro	Norma Inflamación Atrofia Tumoral
Secreción Vaginal	Evidencia de fluido vaginal que se demuestra a la inspección visual	Según registro	Norma Leucorrea Hemorrágico Purulento
Reporte Citológico	Hallazgo que según el examinador de la muestra citológica logra identificar y considera normal o patológico de acuerdo a su clasificación	Según ficha de datos Frotis Inadecuado Negativo según registro	Frotis Adecuado Hemorragia Mala Fijación Mala Técnica Celularidad Escasa Abundante Polimorfonucleares Extensión Incorrecta Negativa de lesión intraepitelial y de células

		Según registro de atipia escamosa	Maligna Otros datos reportados Inflamación Cambios Degenerativos Atrofia Gartnerella Vaginales Herpes Virus Bacteria Cocoides Candida SP Tricomona Vaginales Alteración celular
		Según registro de Atipia escamosa	Displasia Moderada Displasia Severa o Cáncer In situ
		Según registro Displasia Escamosa intraepitelial de alto grado	De significado indeterminado No se descarta lesión de alto grado
Identificación de Virus de Papiloma Humano	Al momento de la lectura por microscopio además de identificar la celularidad se identifica la presencia de virus de o datos subjetivos del virus de papiloma humano	La presencia y reconocimiento del virus	Si No
Objetivo No4			
Características clínicas Hallazgo de la Biopsia	Resultados del espécimen o parte de la lesión cervical para determinar la presencia de cáncer y sus características clínicas previas	Según registro del lugar de la Biopsia Según registro de quien tomo la muestra Según registro de Displasia Escamosa intraepitelial de alto grado	Exocervical Endocervical Médico del programa Otros Según ficha de datos Displasia Moderada Displasia Severa o Cáncer In situ No se descarta neoplasia Endometrial Endocervical Adenocarcinoma in situ

7.6. Técnica y Procedimiento

7, 6, 1. Fuente de información

La fuente fue secundaria, la información se tomó de los registros de patología que se encuentran en los expedientes clínicos y estos en el área de archivos del centro de salud de Wapi.

7, 6, 2. Técnica de recopilación de datos:

Para cumplir con los objetivos del estudio se elaboró un instrumento de recolección de la información que contenía los mismos indicadores de la ficha de reporte de resultados de PAPS, establecido por el ministerio de salud, que sirve para dar seguimiento en todo su proceso de la toma, la lectura de citología cervical y revela también los resultados de cada lamina del frotis tomada de cada paciente que se lo realizo, además en el instrumento se incluyeron variables de interés que no están en la fichas para indagar y analizar situaciones o condiciones que se relacionaban con la aparición de lesiones cervical como es; algunas características generales de las pacientes, Antecedentes Ginecobstetricos, Hallazgo Clínico y reporte de la lectura que concluye con el diagnóstico definitivo. Se consideró que el primer momento fue la citología y ante la sospecha de lesión de alto grado, posteriormente se hizo Colposcopia biopsia y en algunos casos, el resultado era el reporte de legrado endocervical, conización cervical o el espécimen del útero histerectomizado.

Validación del instrumento.

El instrumento de recolección de la información se validó tomando información de 5 expedientes para ver si daba repuesta a los indicadores planteado, al final no hubo dificultad lo que se considero como prueba piloto para decidir posteriormente la recolección definitiva.

Para recolectar la información primero se solicito permiso a la dirección municipal de salud del El Rama para la realización y tener acceso a los expedientes y luego se solicitó al

responsable del centro de salud. La información fue recolectada por los mismos investigadores, dicha actividad tuvo una duración de tres semanas, ya que solo se hicieron en fines de semana. Los investigadores evaluaron la calidad de la información y posteriormente la introducían en una base de datos computarizadas.

7.7. Procesamiento de la información.

La presentación de resultados se hizo en cuadros y gráficos que se construyeron con el programa Microsoft Office Word y Microsoft Office PowerPoint.

Los datos fueron procesados y analizado en el sistema estadístico de ciencias sociales SPSS versión 21.0, para Windows. Se hicieron tablas de frecuencia que permitió, identificar datos de interés para hacer cruces de variable importante. Al final todo esto facilitó el reconocimiento sobre el comportamiento de las lesiones de cérvix en relación a todas las características de las mujeres afectadas.

7.8. Cruce de variables

1. Edad de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.
2. Procedencia de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.
3. Escolaridad de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.
4. No. De gestaciones que tuvieron las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.
5. No de Compañero sexuales que tuvieron las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.
6. Resultado de PAPS anterior que tuvieron las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.

7. Aspecto clínico del cérvix en mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.
8. Otros Hallazgos de PAPS que tuvieron las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.
9. Resultados de las Biopsias en mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico.

7.9. Aspecto Éticos

Se estableció el anonimato de las pacientes, así como del personal de salud que atendió y dio el reporte de la lesión, se respetó la información que estaban en los expedientes sin alterarla y esta solo fue de uso para la investigación. Se dará a conocer a la institución académica y en el SILAIS RACCS a sus gerentes los resultados.

VIII. RESULTADOS

El grupo de edad de 20 a 29 años con 34.2% son quienes más se realizan el PAPS, el 67.4% son procedentes del área urbana de Wapi, el nivel académico 47.9% era primaria y estaban acompañadas como estado civil el 58.4% de las mujeres. El 92.1% de estas mujeres eran ama de casa y el 98.9% no refirieron hábito toxico. (ver tabla 1).

Las mujeres que se han realizado el PAPS el 42.6% han tenido entre 1 a 3 gestaciones y partos, hay un 14.2% que han tenido 1 a 3 aborto y 7.4% 1 a 3 cesáreas. De estas mujeres 61.1% señalaron haber iniciado vida sexual activas entre los 15 a 20 años de edad. (ver tabla 2).

Habían 22.6% de las mujeres que se realizaron el PAPS que estaban embarazadas el 11.5% tenían entre 12 a 20 semana de gestación. También fue evidente que 18.9% que usan para planificación familiar la Depo Provera que es un inyectable y gestano orales, como; Microgynon y Neogynon. Hay 86.8% que refirieron haber tenido 1 a 3 compañeros sexuales. Había 67.9% que no tenían antecedentes de haberse realizado el PAPS. (ver tabla 3).

Las descripciones del cérvix y el reporte cito – histológico que tienen las mujeres estudiadas; el 98.9% las muestras procedían del Exo y Endo cérvix, encontrando registro que el aspecto clínico de 55.3% era normal y la secreción evidenciada era de igual manera en 49.5% de ellas. La calidad de los frotis examinados el 73.2% eran adecuados, demostrando otros hallazgos como Candidiasis, Garnerellas y Virus en 28.4% de las muestreadas.

El 1.6% de todas las mujeres evidenciaron atipias escamosas de significado indeterminado, y en los casos que las mujeres que tenían lesiones intraepitelial de bajo y alto grado. El 10.0% tenían NIC1, el NIC2 en 5.8% y 2.6% tienen NIC3 y se identificó que 81.6% no

tenían ninguna lesión. Otro hallazgo importante fue encontrar que el 11.6% tuvieron presencia de del Virus de Papiloma Humano. (ver tabla 4).

De 35 mujeres que tenían alguna lesión de bajo o de alto grado, solo fue identificado que el 3.2% se les hizo biopsia a través de colposcopia dirigida según el seguimiento que se les ha dado a las pacientes. De los resultados de la Biopsia el 0.5% tenían lesión de bajo grado NIC1, el 1.1% NIC2 y NIC3 en 1.6% de los pacientes. (ver tabla 5).

Al relacionar las características de las pacientes con el tipo de lesión de alto y bajo grado; el 17.1% tenían 30 a 39 años presentando NIC1, el grupo de 20 a 29 años el 11.4% tenían NIC2, mientras que el 11.4% del grupo de mujeres entre 40 a 49años tenían NIC3. La presencia de VPH la presentaban el 17.1% de las que estaban en el grupo 20 a 29años.

El 31.4% de las 35 mujeres con lesiones tipo NIC1 eran procedentes del área rural, mientras que el 11.4% de las que tenían NIC3 eran del área urbana. También fue encontrado que el 34.2% de las mujeres del área rural presentaban más VPH.

Se observa que 22.8% de las mujeres que tenían un nivel de escolaridad primaria presentaban NIC1 y el 8.5% tenían NIC3. El 31.4% de este mismo grupo tenían la presencia de VPH. De las 35 mujeres con algún grado de lesión se encontró VPH en 17.1% y 45.7% de las mujeres que señalaron estado civil casada y acompañada respectivamente y en este último grupo el 42.8% tenían NIC1 mientras que 8.5% de las casadas presentaban NIC3. Las amas de casa eran las más afectadas con NIC1 NIC2 y NIC3 que correspondió al 54.2%, 28.5% y 14.2% según datos de los expedientes. La presencia de VHP también estuvo presente en 60.0% de las mujeres ama de casa. (ver tabla 6).

El 25.7% de las mujeres que tenían lesión de alto y bajo grado con 1 a 3 gestaciones como antecedentes ginecobstetrico presentaban VPH. Este mismo grupo tenían NIC1, y los que presentaban NIC3 el 5.7% evidenciaban 4 a 6 gestaciones. Eran mayores los porcentajes de

mujeres con NIC1 el 40.0% y el 11.4% con NIC3 en aquellas que no tuvieron aborto y este mismo grupo el 51.4% presentaron VPH.

El 31.4% de las mujeres que iniciaron vida sexual activa entre los 12 a 14 años tenían NIC1 el 37.1% de las mujeres que iniciaron vida sexual activa entre los 15 a 20 años presentaban VPH. Este virus estuvo presente en 34.2% de las mujeres que no usaban ningún método de planificación familiar, y estas mismas mujeres el 14.2% el resultado de la citología era NIC3.

La presencia de VPH en 51.4% de las 35 mujeres que tuvieron entre 1 a 3 compañeros sexuales demostraron la presencia de VPH. Y el 40.0% de este grupo su resultado fue NIC1. El 31.4% de las mujeres con NIC1 no tenían antecedente de PAPS anterior. Hay evidencia en 2.8% de las mujeres que habían demostrado anteriormente NIC3 con el estudio actual demostró NIC2. Pero el 2.8% de las mujeres que anteriormente tenían NIC2, actualmente tenían NIC3. Se llegó a identificar que el 40.0% de las mujeres que no se habían realizado un PAPS en el actual tenían la presencia de VPH. (ver tabla 7).

La descripción del cérvix y el reporte cito histológico demostró que el 34.2% de las mujeres con un aspecto inflamatorio tenían VPH y el 40.0% tenían NIC1. Así como se observó en el total de las pacientes la calidad del frotis, en la 35 con alteración el 54.2% lo demostraban igualmente con la presencia adicional de lesión de NIC1 y casi ese mismo porcentaje 51.4% de estas mujeres que presentaban VPH. El 22.8% de las mujeres con NIC1 no tenían ningún otro hallazgo así mismo el 25.7% con NIC2, 11.4% con NIC3 y el 42.8% con presencia de VPH.

De las 6 mujeres que se les hizo biopsia, las que tuvieron NIC2 2.8% presento NIC1 y 5.7% de este mismo grupo la biopsia demostró también NIC2. Habían 8.5% de mujeres con NIC3 que con la biopsia demostró el mismo resultado. Se confirmó que 4 de las mujeres que tenían VPH tenían biopsia positiva para lesión de bajo y alto grado. El 54.2% no se les

realizo biopsia a pesar que tenían NIC1 ni al 22.8% con NIC2 ni al 5.7% con NIC3. (ver tabla 7).

IX. DISCUSIÓN

De 635 mujeres en edad fértil que viven en Wapi según censo del puesto de salud, se encuentran 213 reporte de realización de PAPS, aunque se incluyen mujeres mayores de 49 años, demuestra una cobertura de realización de 33.5% para el segundo semestre del 2017. Todavía una labor bastante dura que el sistema de salud de la localidad tiene que realizar en el convencimiento de las mujeres para su autocuido y que puedan sentirlo como su necesidad de prevenir el cáncer cervicouterino.

Se debe tomar en cuenta que las personas experimentan temor porque: influyen factores, socioculturales, educación, desconocimiento, entre otros temores que se agregan, sobre todo vergüenza; debido al desconocimiento por la no realización frecuente y a veces nula, e incluso mala orientación del personal de salud. (Soto Soto, Martín Pérez, Carballo Pérez, & Benítez G, 2003). Muy importante es tomar en cuenta que los problemas de salud pública deben de incidirse en gran medida a reducir cifras a través de estrategias locales y no de disposiciones nacionales, porque, aunque se mencione que a nivel nacional se ha reducido las cifras de fallecidos la prevalencia de caso nuevo va en aumento. (OMS. International Agency for Research on cancer , 2013).

Según los resultados identificado se puede decir; que lograr alcanzar más del 50.0% de cobertura, se estará beneficiando a un mayor número de mujeres que probablemente no se haga una detección oportuna de algún tipo de lesión. Con el porcentaje de mujeres que se realizaron la prueba la prevalencia de L-LIE fue casi de un 20.0% y para H-LIE fue de 8.4%. Más preocupante es el hecho de encontrar grupo, poblacionales de mujeres jóvenes menores de 19 años con L-LIE, así como las cifras de H-LEI que se encontró entre los 20 a 39 años de edad.

Según la referencia bibliográfica; hay evidencia que con la revolución sexual se está detectándose carcinoma de cuello uterino en mujeres antes de los 20 años, también el carcinoma in situ está incrementándose en mujeres de menos de 19 años; en estudios realizados de una muestra de 117 mujeres, en 88 (75.2 %) encontraron carcinoma in situ (Rusk); así como en otras investigación de 1000 mujeres menores de 19 años, se halló en el 4.6% anormalidad citológica y en este grupo se identificó 33.0% con carcinoma in situ NIC3 (Haddad). (Almonte, Murillo, Sánchez, & Salmerón, 2010)

Situaciones que tratan de explicar esto se debe a que; la citología del epitelio del cuello uterino de la adolescente está modificándose; en 1960 se hallaba 30/1000 de anormalidad, en 1976 se elevó a 70/1000 en USA. Por la promiscuidad sexual y cambios en la actividad coital, se ha estimado que el carcinoma in situ se hará más frecuente entre los 20 a 30 años. El período de metaplasia del epitelio del cuello uterino es más activo y frecuente en la pubertad, adolescencia y primer embarazo y es la etapa más crítica para la aparición y desarrollo maligno cuando las condiciones están dadas.

Se tiene identificado el grupo de edad más afectado, se puede especificar aún más otras características según quienes fueron a realizarse el PAPS, que la mayoría procedían del área urbana, posiblemente por la densidad poblacional de Wapi y la proximidad de la unidad, no fue en este grupo que se encontró mayor incidencia de lesiones cervicouterina, ya que la diferencia era mínima con un poco más las de procedencia rural y de manera general prevalece el grupo de mujeres considerada con mayores factores de riesgos según como señalan las literaturas, en este caso, quienes se realizaron el PAPS, fueron mujeres con baja escolaridad, acompañadas, amas de casa casi todas, y fueron esas mismas características quienes que estaban relacionadas al padecimiento de lesiones de bajo y alto grado. Esto incluye el hecho que todas las que presentaron algún tipo de lesión presentaban la presencia también de VPH.

Según estudios, por consenso se admite que el carcinoma del cuello uterino es más frecuente en mujeres de baja condición económica. Es alta la incidencia en mujeres cuyos esposos son jornaleros o trabajadores eventuales. En general mujeres de reducida condición económica y viven en zona urbana, tiene 3 veces más alta prevalencia de neoplasia maligna del cuello uterino es más alta en mujeres que viven en zona urbana que las que viven en zona rural, aunque alguna es más alta en zona rural.

El factor económico en sí no jugaría rol importante, sino que el bajo nivel económico condicionaría deficiente higiene, incluyendo la higiene del pene, inicio del coito a temprana edad, relaciones sexuales más frecuentes, múltiples parejas, matrimonios inestables, mayor promiscuidad, multiparidad, etc. Y en Wapi no hay una institución formal que incida en mejorar el conocimiento y hacer conciencia en las mujeres para realizarse el PAPS, aunque en Nicaragua hay muchas organizaciones y el ministerio de salud tienen compromisos internacionales de mejorar los problemas de salud sexual y reproductiva, no hay una preocupación vehemente en mejorar las coberturas de la realización de PAPS, y así los resultados seguirán siendo los mismo.

Al analizar los antecedentes ginecobstetricos de las mujeres que se realizaron el PAPS, la mayoría demuestra una moderada situación reproductiva, si se hablara que esto pudieran incidir como un condicionante para presentar lesión de alto o bajo grado, en el caso del inicio de la vida sexual reproductiva hay, casi 97.0% que iniciaron relaciones sexuales antes de los 20 años, condicionante que explica la posible exposición a edad temprana a posibles contaminantes e infecciones que favorecen los cambios celulares a nivel de cérvix.

La información brindada por las mujeres que se realizaron el PAPS, la mayoría señala que solo han tenido entre 1 a 3 compañeros sexuales condición no probable que pueda obviarse para analizar la relación con la presencia temprana de la lesión, la bibliografía afirma como factor de riesgo a la promiscuidad para evidencia algún tipo de lesión cervicouterina, sin embargo, se contradice de los resultados identificado en este estudio.

Considerando también el método de planificación familiar que las mujeres utilizan, demuestra poca predisposición al uso de preservativo como método de protección para la contaminación de VPH agente viral que se ha conocido su alta influencia y el acompañamiento para lesiones de bajo y alto grado, (Chávez, 2012) tal es el caso que al relacionar la presencia de VPH y uso de método de planificación un tercio de las mujeres, no utilizan ningún método. De estos resultados identificado sobre la reproductividad casi el 20.0% de las mujeres tenían un embarazo actual, lo que representaría que las coberturas son, aún más bajas de lo que se calculó, ya que como norma al control prenatal se obliga la realización del PAPS dos veces en el embarazo, y en esta condición de embarazo ninguna de las mujeres presento lesión en cérvix ni presencia de VPH. Parte los que se menciona sobre la cobertura, es notorio, el poco interés de las mujeres por saber su estado de salud al investigar cuanta tenía antecedentes de haberse realizado PAPS anterior, no pasa del 2.0%, en número absoluto eran 3, de las cuales tienen H-LIE, que se conocen que están siendo tratadas y en seguimiento en el Hospital Bertha Calderón de Managua.

La descripción y hallazgo de los reportes cito histológicos demostraron que aparentemente en la mayoría era normal el aspecto clínico, la secreción y no hubo hallazgo significativo o que demostraran indicio de cambios celulares, en un tercio de ellos solo era la presencia de candidiasis, Gardnerella y virus. Los cambios celulares confirmado con la biopsia fue posible solo en seis de las pacientes de un total de 35 mujeres que tuvieron lesiones de L-LIE y H-LIE, donde estas seis tenían NIC2, 3 de ellas y las otras 3 NIC3. No con esto queremos señalar que no haya seguimiento de los casos, si realmente se hace los registros siempre tienen que adjuntarse donde se verifique la historia cronológicamente como se va resolviendo el problema a estas pacientes que tienen alguna lesión. Las últimas 3 mujeres eran quienes han tenido el tratamiento y seguimiento en el Hospital Bertha Calderón de Managua. Es importante mencionar según la literatura que las atipias, los NIC1 y la presencia de VPH pueden revertirse espontáneamente, más que la probabilidad de alcanzar

un mayor grado de lesión, (Nicaragua, 2010) pero es importante el seguimiento de estas mujeres.

X. CONCLUSIONES

1. Las mujeres de Wapi según los resultados identificado demuestran una tendencia a presentar en edades temprana e incluso adolescente L-LIE y H-LIE de cérvix, relacionado a sus condiciones sociales precarias como son la baja escolaridad, ama de casa y procedentes de las áreas urbanas.
2. Los antecedentes ginecobstetrico mas sobre saliente que refieren las mujeres de Wapi fue en casi toda, habían iniciado su vida sexual antes de los 20 años y son relativamente pocas las que tiene un antecedente de realizarse un PAPS anterior. Que se relacionan con la presencia de L-LIE y H-LIE.
3. Las descripciones clínicas de cérvix en la mayoría de las mujeres, no se demostró manifestación subjetiva de lesión, aunque se demuestra por los hallazgos de resultado de cito-histológico que hay casi 11.0% de prevalencia de L-LIE y 8.4% de H-LIE. Lo que representan cifras altas que corresponde a casi 20 mujeres de 100 que viven en Wapi pueden tener algún tipo de lesión, cifras que también pueden estar subestimadas, por la falta de cobertura a la realización del PAPS.
4. No se demostró que al total de las mujeres que presentan lesiones de L-LIE y H-LIE tuvieran el seguimiento con la realización de la biopsia no se puede señalar que realmente no se esté realizando, pero si, refleja que no hay una actualización de los expedientes sobre el seguimiento que se les da a estas pacientes. Por estos no se

llega a concluir del total la correspondencia de entre la citología e histológicamente con la biopsia.

5. Se observa los resultados de la biopsia que concuerda con el resultado citológico de la muestra de PAPS realizadas en las mujeres con lesiones de alto grado, discerniendo en un solo caso que era una lesión de bajo grado.

XI. RECOMENDACIONES

1. A nivel de SILAIS.

- a. Mejorar el acceso de poderse realizar en las unidades de Wapi la colposcopia biopsia por lo menos 3 veces mensuales con unidades satélites móviles equipadas con personal médico entrenado por lo menos 2 o 3 veces al mes tratando de cubrir el número de mujeres que necesitan un diagnóstico definitivo. Y si se realizar actualizar sistemáticamente la información en los expedientes.
- b. Coordinar actividades de educación como un esfuerzo único por ambas instituciones que en los colegios de secundaria se hable sobre el cáncer cervical y las formas de prevenirlo a través de la participación de medico trabajadores de la salud y maestro, además de retrasar el inicio de la vida sexual. Realizando sesiones por cada colegio que haya en la comunidad una vez al mes.
- c. Dirigir el cumplimiento de metas anuales en la realización del PAPS a la captación de nuevas mujeres desde la temprana edad con inicio de vida sexual activa.

2. A nivel de las unidades primaria asistenciales.

- a. Mejorar el atractivo del programa, garantizando que los resultados lleven una secuencia única sistemáticamente donde se gestionen para obtener prontamente los resultados de la citología y biopsia a las unidades que lo realizan.
- b. Evaluar periódicamente al personal médico y de enfermería sobre las coordinaciones para ofertar la prueba y las técnicas utilizadas para la detección oportuna, así como también el seguimiento una vez obtenido los resultados definitivos.
- c. Mejorar el conocimiento de la población de mujeres en la edad temprana dirigiendo programas locales de información a través de los medios de comunicación local con la visita subsecuente de un médico reconocido de la comunidad que hable sobre este tema, con un enfoque en salud sexual y reproductiva.
- d. Promover el uso de preservativo, aunque se utilicen otros métodos hormonales para la planificación y protección de infección con VPH.

XII. BIBLIOGRAFIA

- Almonte, M., Murillo, R., Sánchez, G. I., & Salmerón, J. (2010). Nuevos paradigmas y desafíos en la prevención y control del cáncer de cuello uterino en América Latina. *Salud pública México*, 544.
- Avilés, R. C. (2010). *Comportamiento de las lesiones Pre Malignas de Cérvix en Pacientes que acuden al servicio de Consulta Externa de Ginecología del Hospital Bertha Calderón Roque de Enero de 2008 A Enero 2010.* . Managua : UNAN - Managua .
- Cajina, J. (2012). *Cáncer* . Managua : OPS - OMS .
- Chavarro Vicuña, N., Arroyo Hernandez , G., Alcázar, L. F., Muruchi Garrón , G. W., & Perez Zúniga , I. (2009). Cáncer Cérvico Uterino . *Anales de Radiología* , 61.
- Chévez, L. P. (2012). *Hallazgo Citológico de Muestra Cervicales en una población de mujeres y la relación con los tipos moleculares VPH en la Ciudad de León Nicaragua Durante el periodo Abril 2009 - Abril 2010.* LEON : UNAN - LEON .
- Chuco, G. A. (2011). *Epidemiología del carcinoma del cuello uterino.* Lima : Portales medicos .
- Cifuentes, L. Y., Manrique Abril, F. G., & Ospina Díaz, J. M. (2014). *Factores asociados al hallazgo de lesiones preneoplásicas detectadas en citología vaginal: estudio de casos y controles.* Boyacá, Colombia.
- García., M. E. (2012). *Comportamiento de la Citología Cérvico Uterino realizadas en Mujeres Atendidas en Ginecología y Patología del Hospital Amistad Japón Nicaragua de Granada durante el periodo de Enero 2009 a Diciembre 2011.* Managua: UNAN - Managua.

- González, N. V. (04 de 02 de 2014). Cáncer del cuello uterino. *La Prensa* .
- González., E. J. (2014). *Reporte de Papanicolaou realizado a usuarias atendidas en el Puesto de Salud Alfonso González, de Julio - Diciembre 2014*. Managua : UNAN - Managua .
- Henríquez, H. M., & Ortega Bonilla, R. S. (2015). *Factores de riesgos en mujeres diagnosticadas con lesiones premalignas de cuello uterino a través de PAP, atendidas en el Hospital José Nieborowski, Boaco. Enero 2013-diciembre 2014*. Managua: UNAN - Managua.
- Instituto Nacional de Información de Desarrollo. (2008). *El Rama*. Managua: INIDE.
- Lewis, M. J. (2004). *Análisis de la situación del Cáncer Cervicouterino en América Latina y el Caribe*. Washington, D.C. : OPS .
- Llongueras, S. d., & García García, A. (2006). *Virus del papiloma humano y cáncer: epidemiología y prevención*. Valencia: Universidad de Valencia.
- MINSA - Nicaragua . (2006). *Norma Técnica de prevención detección y atención al cáncer cervicouterino*. Managua : MINSA.
- MINSA - SILAIS. (2015). *Estadísticas Vitales paa la salud componente de la mujer*. RACCS: MINSA.
- Morá Vega , A., Moya Tonout , C., Pino Pérez, F., Gálvez Castillo , V., Espinoza Fuentes , A., Mirdo , L., & Ávalos Arboles , J. L. (2011). *Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello*. Villa Clara, Cuba: Hospital Universitario "Mártires del 9 de abril". Sagua la Grande. .

- Moré Vega, A., Moya Toneut, C., Pino Pérez, F. V., Gálvez Castellón, A. M., Espinosa Fuentes, M. L., & Ávalos, J. L. (2013). Comportamiento de las lesiones intraepiteliales de alto grado en la consulta de patología de cuello. *Rev Cubana Obstet Ginecol*, 354.
- Nicaragua, M. . (2010). *Protocolo de Prevención del Cáncer Cérvico Uterino a través de tamizaje con inspección visual con Acido Acetico y tratamiento con Crioterapia* . Managua : NORMATIVA – 037 .
- OMS. International Agency for Research on cancer . (2013). Introducción a la neoplasia intraepitelial cervical. En OMS, *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical: Manual para principiantes* (pág. 19).
- OPS - OMS. (2012). *Cáncer Prevención y Control de Enfermedades Análisis de Salud*. Managua .
- OPS - OMS. (2016). *Cáncer Cervicouterino*. Washington, D.C: OPS.
- Pérez Cruz, E., Winkler, J., Velasco Mondragón, E., Salmerón Castro, J., García, F., Davis Tsu, V., . . . Hernández Avila, M. (2005). *Detección y seguimiento con inspección visual del cérvix para la prevención del cáncer cervicouterino en las zonas rurales de México*. Cuernavaca, Morelos, México: Instituto Nacional de Salud Pública.
- Quiñones, M. R. (2009). *Propuesta Educativa en las incidencias del virus del Papiloma Humano en las displasias del Cervix*. Habana .
- Rodriguez, R. C. (2012). *Control del Cáncer del Cuello Uterino en America Latina y El Caribe* . Roche .

- Sellors, J., & Sankaranarayanan, R. (2003). *La colposcopia y el tratamiento de la neoplasia intraepitelial cervical*:. Washington, D.C.: Centro Internacional de Investigaciones sobre el Cáncer,.
- Soto Soto, F., Martín Pérez, G., Carballo Pérez, N., & Benítez G, T. (2003). Factores que condicionan la conducta de negación hacia la prueba citológica. *MEDISAN*.
- Tamayo Lien, T. G., de la Torre, A. I., Verona Sánchez, J., Borrego López, J., & Areces Delgado, G. (2010). Relación colpohistológica en lesiones de cuello de alto grado . *Revista Cubana de Obstetricia y Ginecología*, 422-432 .
- Zúñiga Rodríguez., M. d., González Martínez., W. J., & Gandul Salabarría, L. (2008). Caracterización de factores de riesgo en pacientes con citología positiva. Municipio Zamora. Nov. 2004- Agosto 2006. *Portales Medicos* , <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1179/1/Caracterizacion-de-factores-de-riesgo-en-pacientes-con-citologia-positiva.html>.
- Zúñiga Rodríguez., M., González Martínez, W., Ochoa Roca., T., & Gandul Salabarría, L. (2009). Factores asociados a citologías alteradas. *Portales Medico*, <http://www.portalesmedicos.com/publicaciones/articles/1564/1/Factores-asociados-a-citologias-alteradas-.html>.

XIII. ANEXOS

UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA, MANAGUA
UNAN – MANAGUA
Facultad de Medicina

“Comportamiento de los resultados de Cito histológico Cervico Uterino en Mujeres en
atendidas en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.”

Nota: la información será recolectada de los registros de archivo del Centro de Salud de Wapi.

I. Daos Generales

1. Edad _____ años
2. Procedencia _____
3. Dirección _____
3. Estado Civil; Casada ___ Acompañada ___ Viuda ___ Divorciada ___ Soltera ___
4. Escolaridad; Analfabeta ___ Alfabetizada ___ Primaria ___ Secundaria ___ Universitaria ___ Post Grado ___
5. Ocupación; _____
6. Hábitos tóxicos; Fuma ___ Consume licor ___ Usa Droga ___

II. Antecedentes Ginecobstetrico.

1. Gesta _____ Para _____ Aborto _____ Cesárea _____ IVSA _____
2. Embarazo Actual si ___ no ___ SG _____
3. Planificación Familiar si ___ no ___ cual método _____
- 4 PAPS Anterior si ___ no ___ Biopsia Anterior si ___ no ___ Resultado _____
5. No de Cros Sexuales _____ ITS si ___ no ___ Cual _____

III. Descripción del Cérvix y reporte cito histológico. Marque una X.

1. **Procedencia de la muestra:** Exo – Endo cérvix _____ Vagina _____ Cúpula _____
2. **Aspecto Clínico:** Normal _____ Inflamación _____ Atrofia _____ Tumoral _____
3. **Secreción:** Normal _____ Leucorrea _____ Hemorragia _____ Purulento _____
4. **Frotis Adecuado:** si ___ no ___
5. **Frotis Inadecuado por:** Hemorrágico ___ Mala Fijación ___ Celularidad Escasa ___ Abúndate polimorfo nucleares ___ Extensión Incorrecta _____

Inflamación __ Cambios Degenerativos __ Atrofia__ Gardnerella Vaginales __ Herpes Virus __ Bacteria Cocoides __ Candida SP__ Tricomona Vaginales __

6. **Atipia Escamosa** si __ no __ de significado indeterminado __ no se descarta lesión de alto grado __

7. **Displasia escamosa intraepitelial de bajo Grado.** Si __ no __

8. **Displasia Escamosa intraepitelial de alto grado** si __ no __ Displasia Moderada __ Displasia Severa o Cáncer In situ __ Presencia VPH si __ no __

IV. Hallazgos de la Biopsia.

1. La biopsia es: Exocervical

Bx dirigida con colposcopia __ Bx guiada con pinza para biopsia __

2. La biopsia es: Endocervical

Raspado del canal sin anestesia__ Examen fraccionado del canal cervical y la zona correspondiente al OCI __ La muestra fue por colposcopia __ La muestra es de espécimen __

3. La Bx la tomaron médico del programa __ Otro médico Ginecobstetra __

4. **Displasia escamosa intraepitelial de bajo Grado.** Si __ no __

5. **Displasia Escamosa intraepitelial de alto grado** si __ no __ Displasia Moderada __ Displasia Severa o Cáncer In situ __

6. Otros Hallazgo de la Biopsia. _____

7. Hay resultados de la etapa si __ no __ resultado _____

ANEXOS 2

RESULTADOS

Tabla 1.

Características de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 190

Características Generales	Frec	%
Edad		
12 a 19	47	24.7
20 a 29	65	34.2
30 a 39	42	22.1
40 a 49	15	7.9
50 a 59	11	5.8
60 a +	10	5.3
Procedencia		
Urbano	128	67.4
Rural	62	32.6
Escolaridad		
Analfabeta	57	30.0
Alfabetizada	9	4.7
Primaria	91	47.9
Secundaria	31	16.3
Universitaria	2	1.1
Estado civil		
Casada	44	23.2
Acompañada	111	58.4
Viuda	3	1.6
Divorciada	1	0.5
Soltera	31	16.3
Ocupación		
Ama de Casa	175	92.1
Agricultora	1	0.5
Comerciante	7	3.7
Estudiante	6	3.2
Maestra	1	0.5
Hábitos tóxicos		
Fuman y consume licor	1	0.5
Consumen Licor	1	0.5
Ninguna de los anteriores	188	98.9

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla 2.

Antecedentes Ginecobstetricos de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 190

Antecedentes Ginecobstetricos	Frec	%
Gestaciones		
Ninguna	51	26,8
1 a 3	81	42,6
4 a 6	32	16,8
7 a 9	15	7,9
10 y +	11	5,8
Partos		
Ninguna	58	30,5
1 a 3	80	42,1
4 a 6	29	15,3
7 a 9	15	7,9
10 y +	8	4,2
Abortos		
Ninguna	162	85,3
1 a 3	27	14,2
4 a 6	1	0,5
Cesárea		
Ninguna	175	92,1
1 a 2	14	7,4
3 cesárea	1	0,5
IVSA		
12 a 14 años	68	35,8
15 a 20	116	61,1
21 y 30	6	3,2

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos

Tabla 3.

Antecedentes Ginecobstetricos de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 190

Antecedentes Ginecobstetricos	Frec	%
Embarazo Actual		
Si	43	22,6
No	147	77,4
Semana de Gestación cuando se lo realizo		
Antes de la 12 sg	14	7.4
Entre 12 a 20 sg	22	11.5
Después de las 20 sg	7	3.7
No aplica	147	77.4
Método que utilizan para planificar		
Preservativo	2	1.1
Depo Provera	36	18.9
Mesygina	1	0.5
DIU	10	5.3
Gestageno orales (micro y neogynon)	36	18.9
Ningún método	105	55.3
Numero de Cros sexuales		
1 a 3 Cros	165	86,8
4 a 6	23	12,1
7 a 9	2	1,1
Resultados de PAPS anterior		
Inflamación	1	0,5
Nic II	1	0,5
Nic III	2	1,1
Resultado no patológico	57	30.0
No se realizaron	129	67,9

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos

Tabla 4.

Descripción del Cérvix y reporte de Cito - histológico en mujeres atendidas en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 190

Descripción del Cérvix y reporte Cito histológico	Frec	%
Procedencia de la muestra		
Exo y Endo cérvix	188	98,9
Solo Exo cérvix	2	1,1
Aspecto Clínico		
Normal	105	55,3
Inflamatorio	78	41,1
Atrófico	5	2,6
Tumoral	2	1,1
Secreción		
Normal	94	49,5
Leucorrea	88	46,3
Hemorragia	6	3,2
Purulento	2	1,1
Calidad del Frotis		
Adecuado	139	73,2
Inadecuado por abundante polimorfo	5	2,6
Inadecuado por celularidad escasa	6	3,2
Extensión incorrecta	3	1,6
Inadecuado por hemorrágico	1	0,5
Inadecuado por leucorrea	4	2,1
mala fijación	32	16,8
Otros hallazgos identificados		
Atrofia	3	1,6
Cambio degenerativo	4	2,1
Cambio degenerativo + Garnerella/cándidas	15	7,9
Candidiasis/Garnerella/virus	54	28,4
Sin otros hallazgo	114	60,0
Atipia Escamosa		
Atipia Escamosa de significado indeterminado	3	1,6
No se presentaban	187	98,4
Resultados de lesión intraepitelial de bajo/alto grado		
NIC 1	19	10,0
NIC 2	11	5,8
NIC 3	5	2,6
No lesión intra epitelial de alto grado	155	81,6
Presencia de VPH		
Si	22	11,6

No	168	88,4
-----------	------------	-------------

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos

Tabla 5.

Hallazgo de la Biopsia de las mujeres atendidas en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 190

Hallazgo de la Biopsias	Frec	%
Obtención de la muestra del exocérnix		
Dirigida con colposcopia	6	3.2
Obtención de la muestra del endocérnix		
Muestra es por colposcopia	6	3.2
Quien tomo la muestra		
Otro Ginecobotetra tratante inicial	6	3.2
Resultados de la Biopsia		
NIC 1	1	0.5
NIC 2	2	1.1
NIC 3	3	1.6
No se realizó biopsia	184	96.8

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos

Tabla 6.

Características de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 35

Características Generales	Grado de la lesión			
	NIC1 n= 19 n (%)	NIC2 n= 11 n (%)	NIC3 n= 5 n (%)	VPH n= 22 n (%)
Edad				
12 a 19	3(8.5)	-	-	3(8.5)
20 a 29	5(14.2)	4(11.4)	1(2.8)	6(17.1)
30 a 39	6(17.1)	3(8.5)	-	5(14.2)
40 a 49	1(2.8)	-	4(11.4)	3(8.5)
50 a 59	1(2.8)	1(2.8)	-	1(2.8)
60 a +	3(8.5)	3(8.5)	-	4(11.4)
Procedencia				
Urbano	8(22.8)	5(14.2)	4(11.4)	10(28.5)
Rural	11(31.4)	6(17.1)	1(2.8)	12(34.2)
Escolaridad				
Analfabeta	7(20.0)	5(14.2)	-	7(20.0)
Alfabetizada	1(2.8)	-	1(2.8)	2(5.7)
Primaria	8(22.8)	6(17.1)	3(8.5)	11(31.4)
Secundaria	3(8.5)	-	1(2.8)	2(5.7)
Estado civil				
Casada	4(11.4)	4(11.4)	3(8.5)	6(17.1)
Acompañada	15(42.8)	7(20.0)	2(5.7)	16(45.7)
Ocupación				
Ama de Casa	19(54.2)	10(28.5)	5(14.2)	21(60.0)
Comerciante	-	1(2.8)	-	1(2.8)

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla 7.

Antecedentes Ginecobstetricos de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 35

Antecedentes Ginecobstetricos	Grado de la lesión			
	NIC1 n= 19 n (%)	NIC2 n= 11 n (%)	NIC3 n= 5 n (%)	VPH n= 22 n (%)
Gestaciones				
Ninguna	5(14.2)	-	-	3(8.5)
1 a 3	6(17.1)	6(17.1)	1(2.8)	9(25.7)
4 a 6	5(14.2)	3(8.5)	2(5.7)	6(17.1)
7 a 9	1(2.8)	2(5.7)	1(2.8)	3(8.5)
10 y +	2(5.7)	-	1(2.8)	1(2.8)
Abortos				
Ninguna	14(40.0)	8(22.8)	4(11.4)	18(51.4)
1 a 3	5(14.2)	3(8.5)	1(2.8)	4(11.4)
IVSA				
12 a 14 años	11(31.4)	3(8.5)	2(5.7)	9(25.7)
15 a 20	8(22.8)	7(20.0)	3(8.5)	13(37.1)
21 y 30	-	1(2.8)	-	-
Método que utilizan para planificar				
Depo Provera	5(14.2)	4(11.4)	-	6(17.1)
DIU	1(2.8)	-	-	1(2.8)
Gestageno orales	3(8.5)	3(8.5)	-	3(8.5)
Ningún método	10(28.5)	4(11.4)	5(14.2)	12(34.2)
Numero de Cros sexuales				
1 a 3 Cros	14(40.0)	11(31.4)	3(8.5)	18(51.4)
4 a 6	5(14.2)	-	2(5.7)	4(11.4)
Resultados de PAPS anterior				
NIC 2	-	-	1(2.8)	1(2.8)
NIC 3	-	1(2.8)	1(2.8)	1(2.8)
Resultado no patológico	11(31.4)	4(11.4)	-	6(17.1)
No se realizaron	8(22.8)	6(17.1)	3(8.5)	14(40.0)

Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

Tabla 8.

Descripción del Cérvix y reporte de Cito - histológico en mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado identificado. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

n = 35

Descripción del Cérvix y reporte Cito histológico	Grado de la lesión			
	NIC1 n= 19 n (%)	NIC2 n= 11 n (%)	NIC3 n= 5 n (%)	VPH n= 22 n (%)
Aspecto Clínico				
Normal	5(14.2)	6(17.1)	3(8.5)	10(28.5)
Inflamatorio	14(40.0)	5(14.2)	1(2.8)	12(34.2)
Atrófico	-	-	1(2.8)	-
Secreción				
Normal	11(31.4)	3(8.5)	3(8.5)	10(28.5)
Leucorrea	7(20.0)	7(20.0)	2(5.7)	11(31.4)
Hemorragia	1(2.8)	1(2.8)	-	1(2.8)
Calidad del Frotis				
Adecuado	19(54.2)	9(25.7)	2(5.7)	18(51.4)
Inadecuado por celularidad escasa	-	-	1(2.8)	1(2.8)
Mala fijación	-	2(5.7)	2(5.7)	3(8.5)
Otros hallazgos identificados				
Cambio degenerativo	4(11.4)	-	1(2.8)	1(2.8)
Cambio degenerativo + Garnerella/cándidas	2(5.7)	1(2.8)	-	3(8.5)
Candidiasis/Garnerella/virus	5(14.2)	1(2.8)	-	3(8.5)
Sin otros hallazgo	8(22.8)	9(25.7)	4(11.4)	15(42.8)
Resultados de la Biopsia				
NIC 1	-	1(2.8)	-	1(2.8)
NIC 2	-	2(5.7)	-	2(5.7)
NIC 3	-	-	3(8.5)	1(2.8)
No se realizó biopsia	19(54.2)	8(22.8)	2(5.7)	18(51.4)

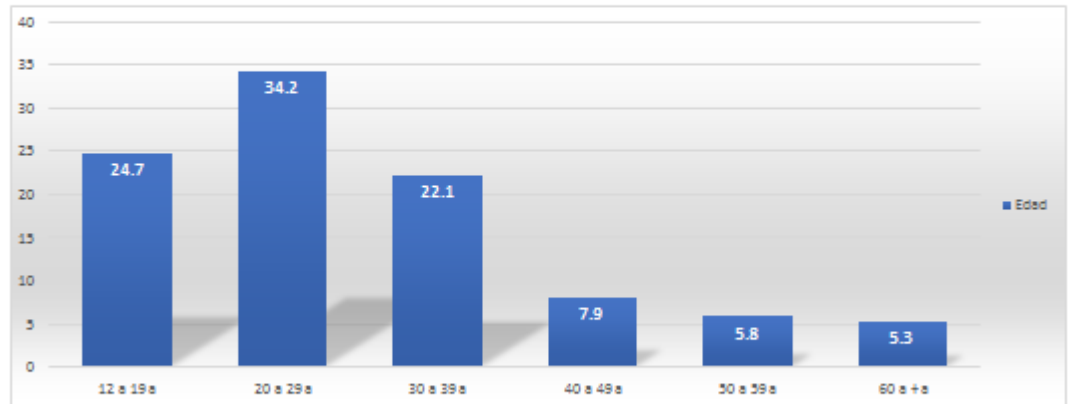
Fuente: Secundaria Expedientes Clínicos.

ANEXO 3.

RESULTADOS.

Gráficos 1.

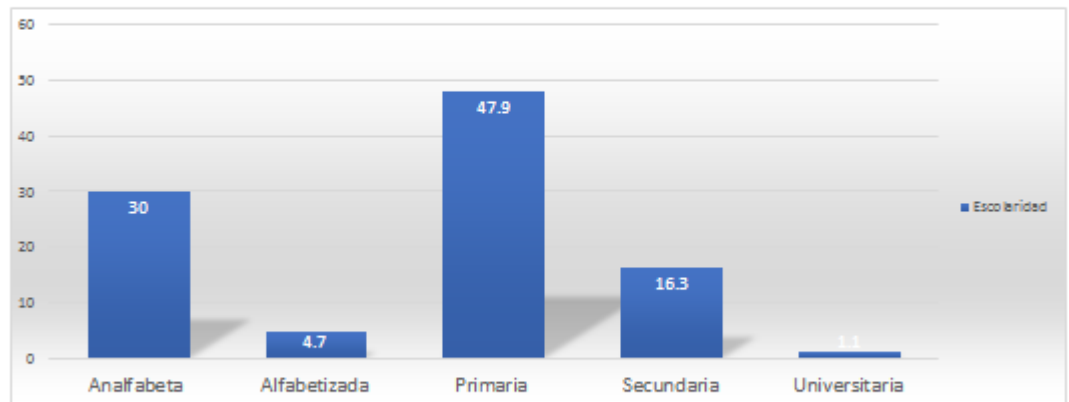
Edad de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 1.

Gráficos 2.

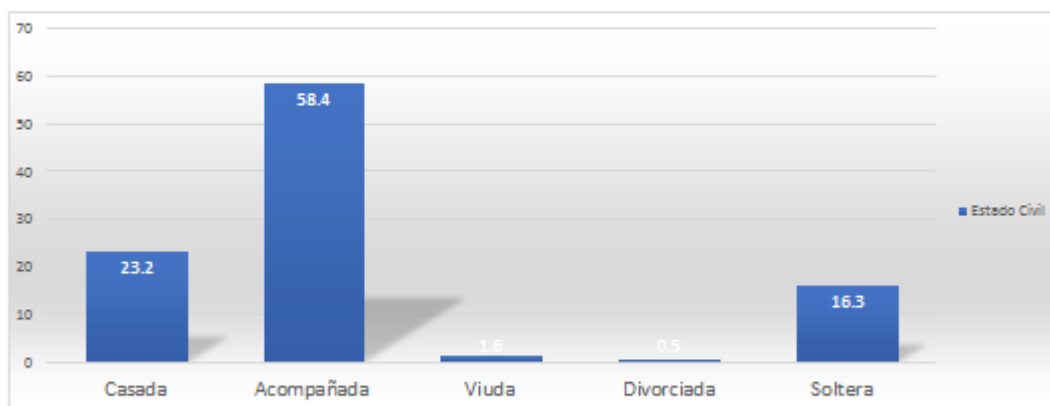
Escolaridad de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Fuente: Tabla 1.

Gráficos 3.

Estado Civil de las mujeres atendidas para el examen Cito- histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Fuente: Tabla 1.

Gráficos 4.

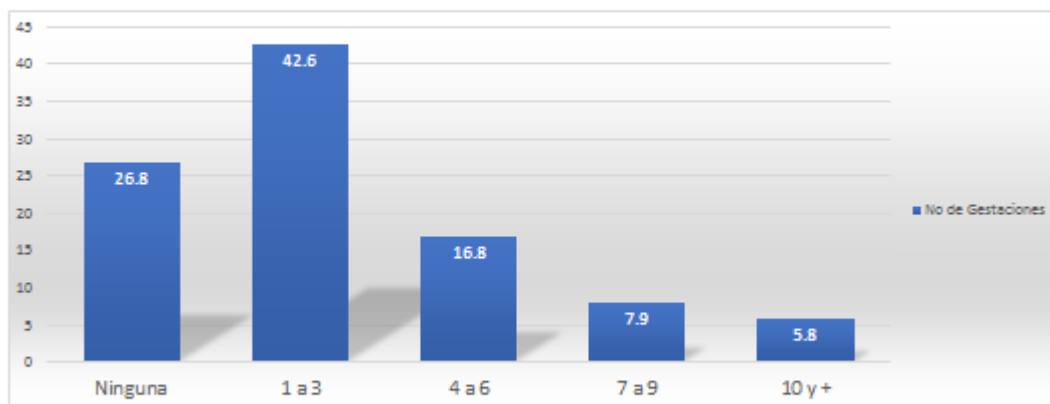
Ocupación de las mujeres atendidas para el examen Cito- histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Fuente: Tabla 1.

Gráficos 5.

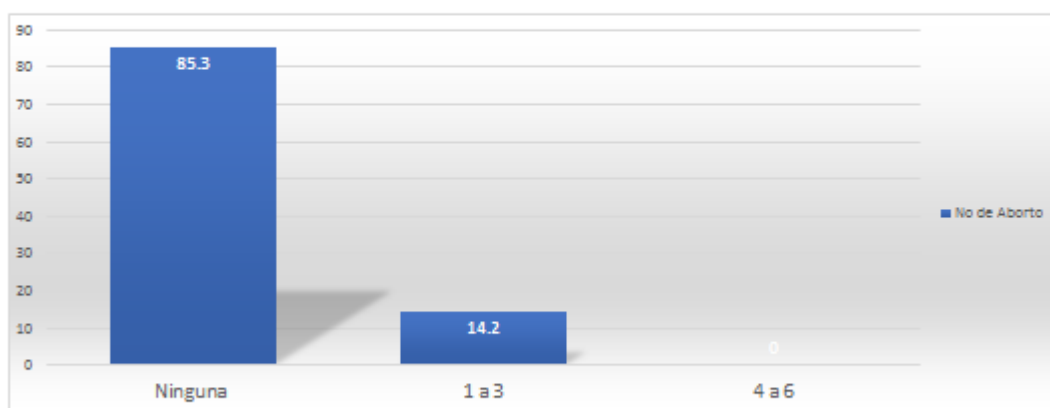
No. De Gestaciones de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Fuente: Tabla 2.

Gráficos 6.

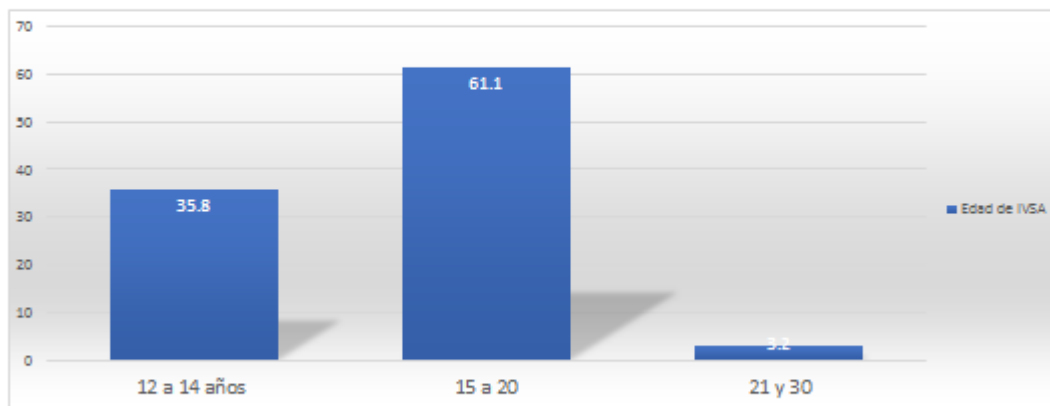
No. De Aborto de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Fuente: Tabla 2.

Gráficos 7.

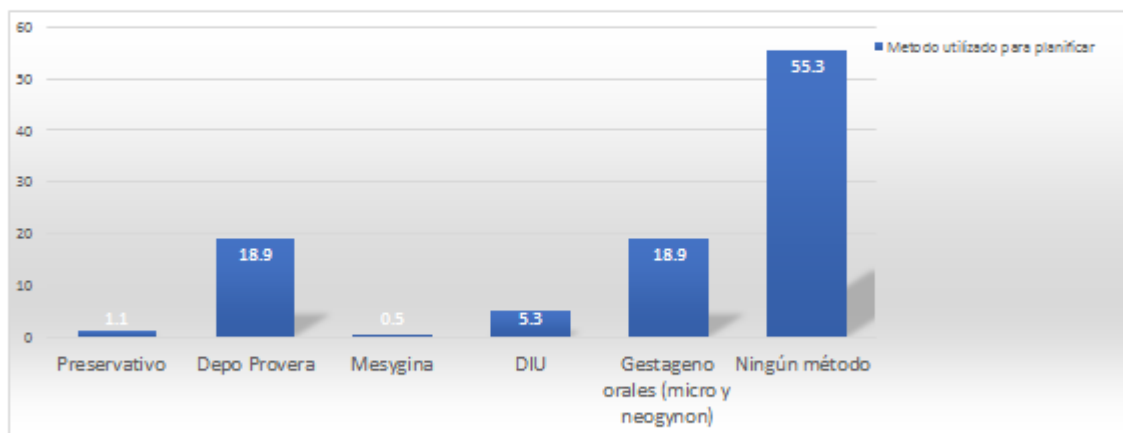
No. De Aborto de las mujeres atendidas para el examen Cito- histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 2.

Gráficos 8.

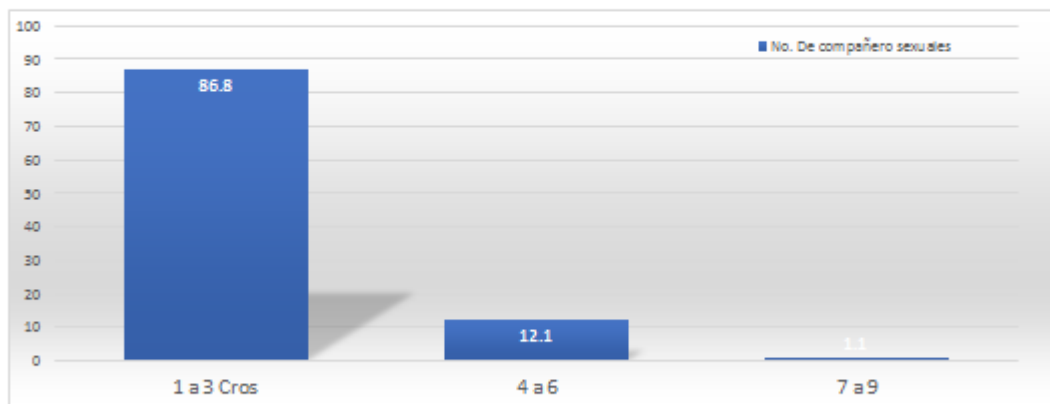
Método de Planificación de las mujeres atendidas para el examen Cito- histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 3.

Gráficos 9.

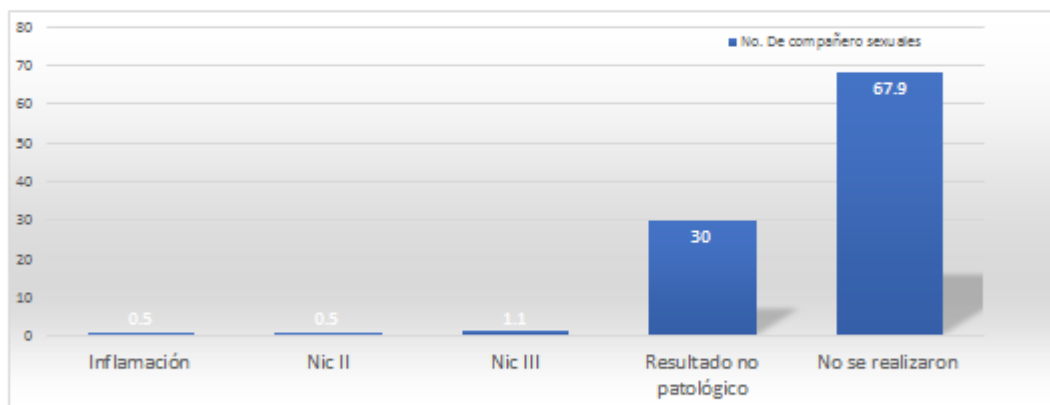
No. De compañero sexuales de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 3.

Gráficos 10.

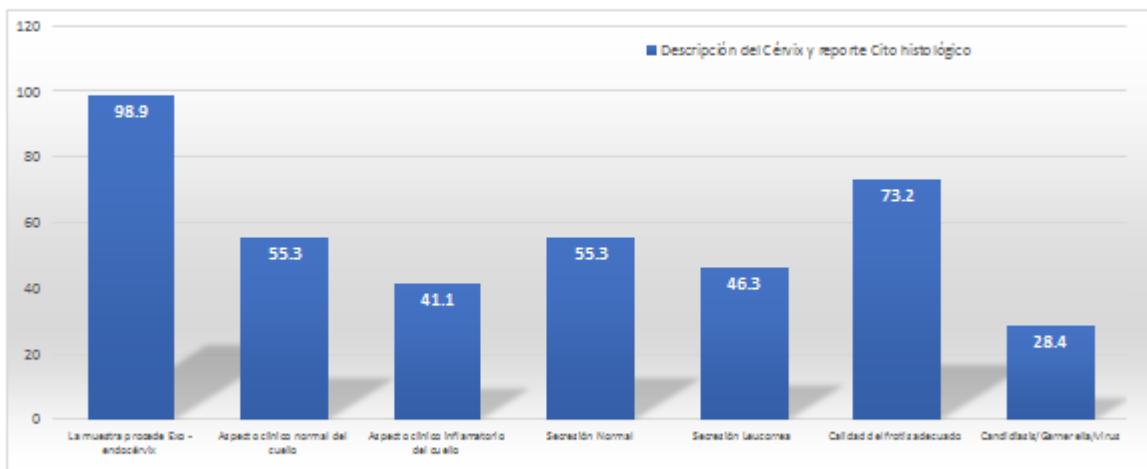
Resultados de PAPS anterior de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 3.

Gráficos 11.

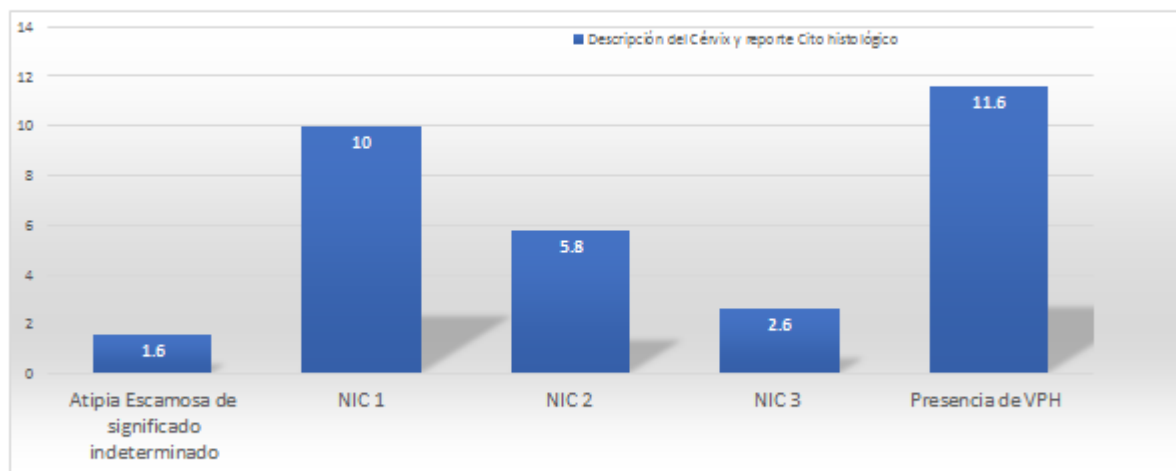
Descripción del cérvix y el reporte cito histológico de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 4.

Gráficos 12.

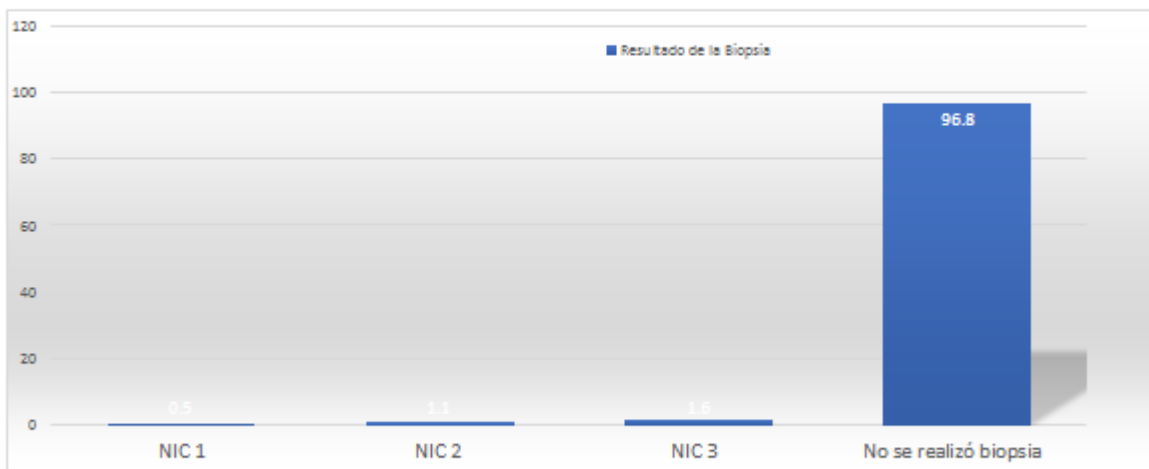
Descripción del cérvix y el reporte cito histológico de las mujeres atendidas para el examen Cito - histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 4.

Gráficos 13.

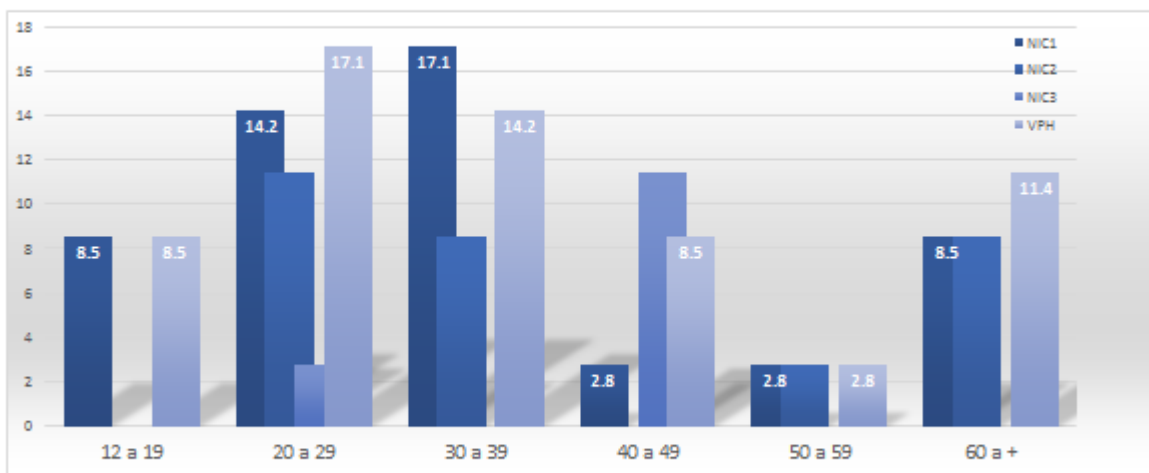
Resultados de la Biopsia en mujeres atendidas para el examen Cito- histológico en el Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 5.

Gráficos 14.

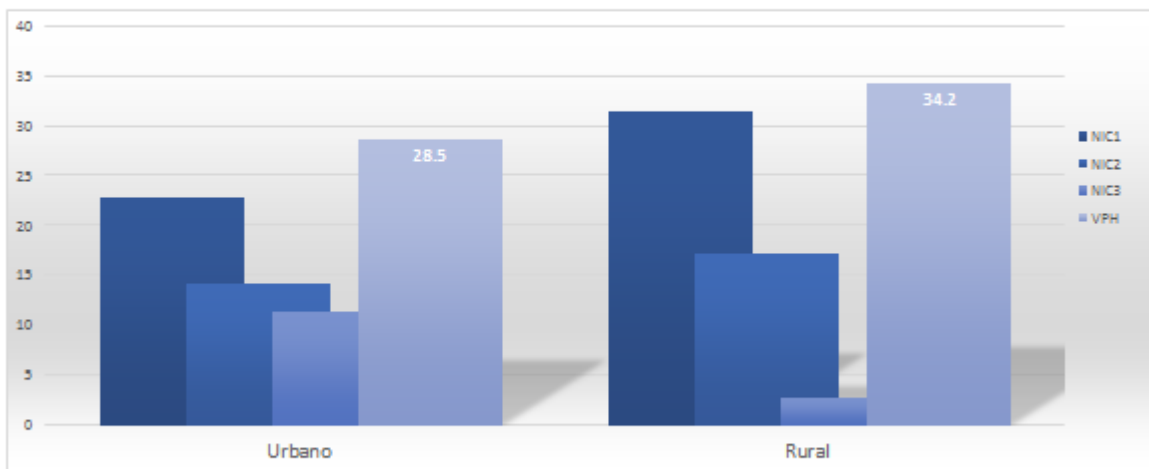
Edad de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Fuente: Tabla 6.

Gráficos 15.

Procedencia de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico. Centro de Salud de Wapi, El Rama. Enero a Octubre 2017.

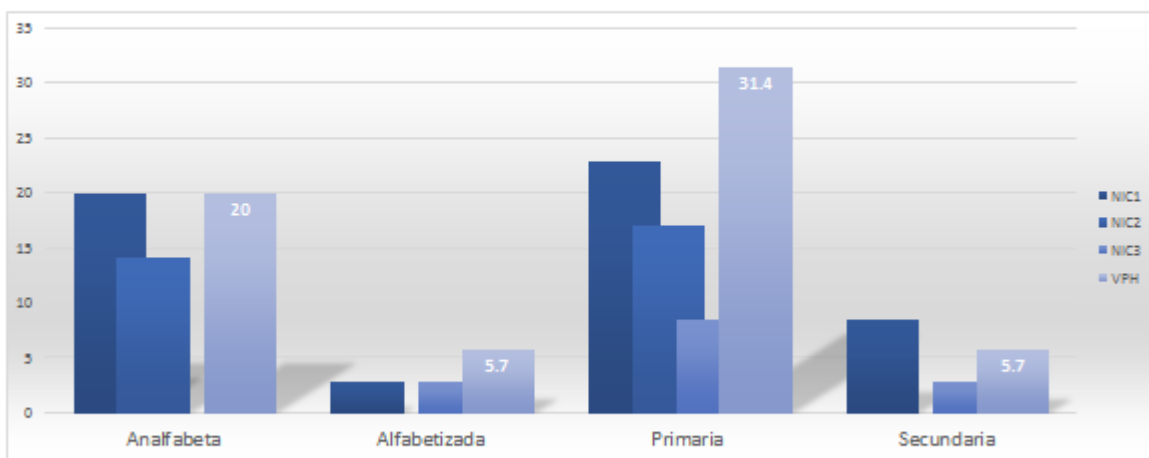


Fuente: Tabla 6.

Procedencia

Gráficos 16.

Escolaridad de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico. Centro de Salud de Wapi, El Rama. Enero a Octubre 2017.

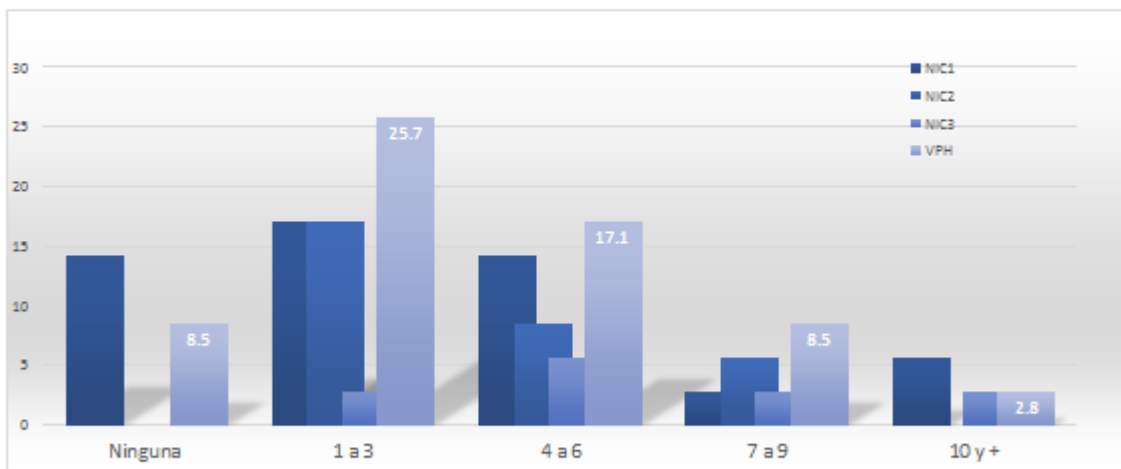


Fuente: Tabla 6.

Escolaridad

Gráficos 17.

No. de gestaciones de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito-histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

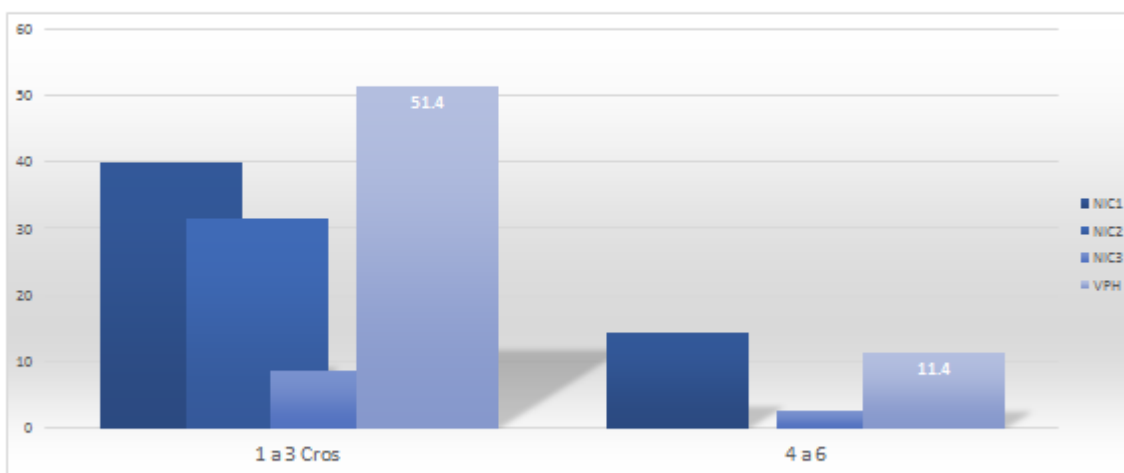


Fuente: Tabla 7.

No. De Gestaciones

Gráficos 18.

No. de Cros Sexuales de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito-histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

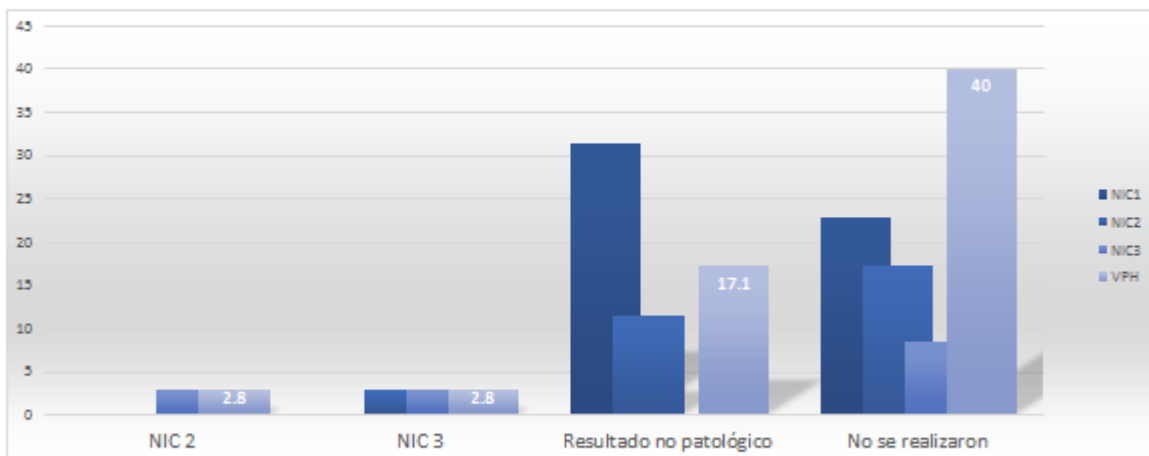


Fuente: Tabla 7.

No. De Cros Sexuales

Gráficos 19.

Resultados de PAPS anterior de las mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito-histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

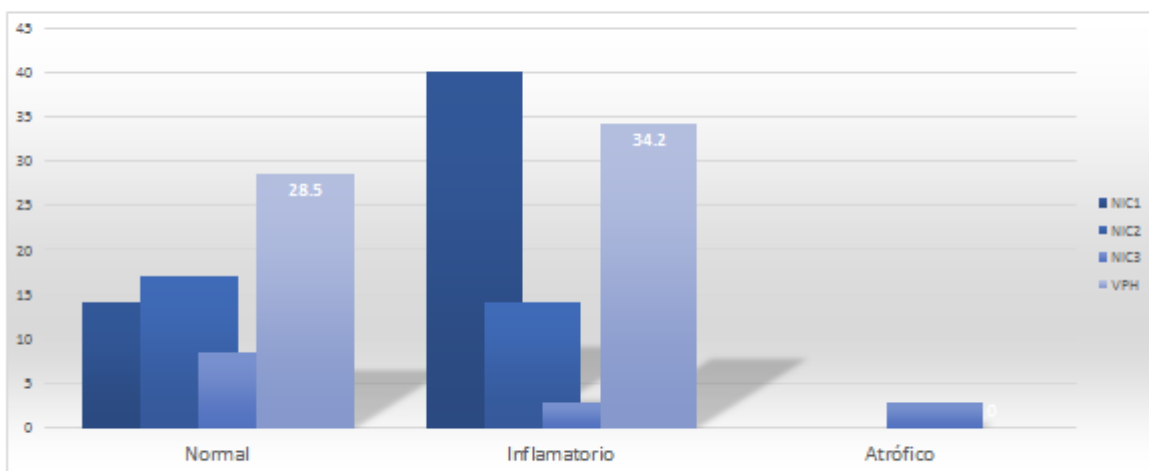


Resultados de PAPS anterior

Fuente: Tabla 7.

Gráficos 20.

Aspecto clínico del cérvix en mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito-histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

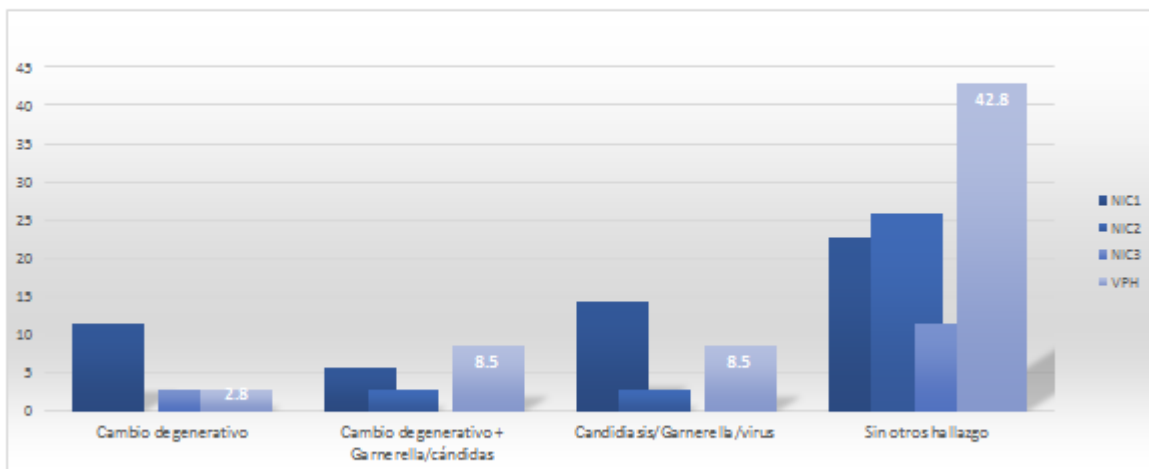


Aspecto Clínico del Cérvix

Fuente: Tabla 7.

Gráficos 21.

Otros hallazgo identificados de PAPS en mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.

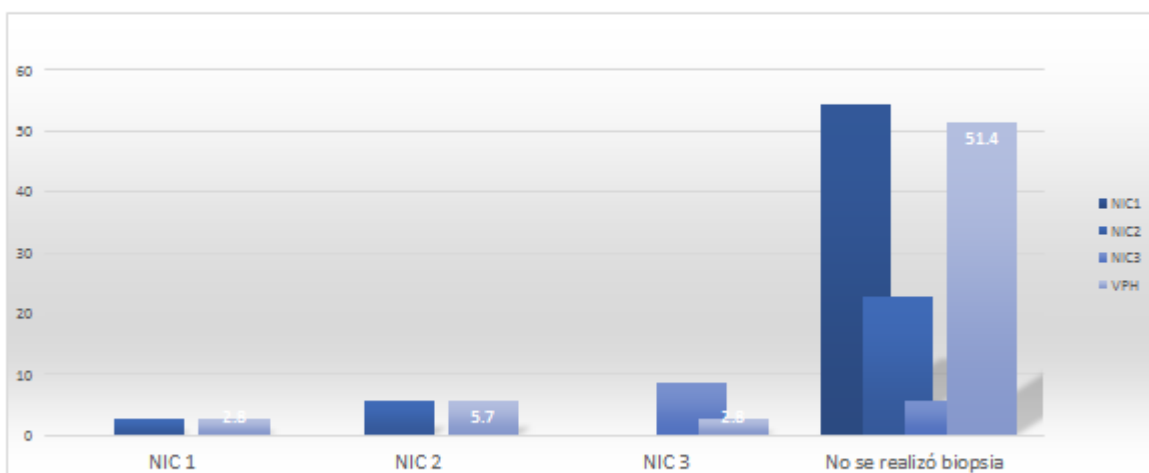


Otros hallazgo del PAPS

Fuente: Tabla 8.

Gráficos 22.

Resultados de las Biopsias en mujeres según resultados de lesión de bajo y alto grado por examen Cito – histológico. Centro de Salud de Wapi. El Rama. Enero a Octubre 2017.



Resultados de la Biopsia

Fuente: Tabla 8.